XIX. Band 1933 Heft 1/2

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Girindrashekhar Bose, Kalkutta
A. Borel, Paris
N. L. Blitzsten, Chicago
A. A. Brill, New York
M. Eitingon, Berlin
S. Ferenczi, Budapest
E. E. Hadley, Washington
Ernest Jones, London
J. W. Kannabich, Moskau
J. H. W. van Ophuijsen, Haag
Philipp Sarasin, Basel
Y. K. Yabe, Tokio
Gregory Zilboorg, New York

redigiert von

Paul Federn, Wien
Heinz Hartmann, Wien
Sándor Radó, New York

S. Ferenczi . . . . . Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind

Viktor v. Weizsäcker . . Körpergeschehen und Neurose.

Felix Deutsch . . . . . Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese

Edoardo Weiss . . . . . Körperschmerz und Seelenschmerz

Gustav Bychowski . . . Aktivität und Realität

Edward Glover . . . . . Zur Ätiologie der Sucht

J. Hárnik . . . . . Die postnatale erste Entwicklungsstufe der Libido

Melitta Schmideberg . . Ein Prüfungstraum

Vorläufige Mitteilungen – Referate

Wir machen hiemit unsere Autoren auf folgendes aufmerksam:

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann bis zum Ablauf des dem Erscheinungsjahr einer Arbeit folgenden Kalenderjahres über Verlagsrechte (Wiederabdruck und Übersetzungen) nur mit Genehmigung des Verlages verfügt werden. Auf Grund eines generellen Übereinkommens, das wir mit dem »International Journal of Psychoanalysis« getroffen haben, steht es jedoch jedem Autor frei, ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages der letztgenannten Zeitschrift das Recht der Übersetzung und des Wiederabdrucks einzuräumen.

Die Genehmigung einer Wiederveröffentlichung oder Übersetzung in einem anderen Organ muß, um Berücksichtigung finden zu können, zugleich mit Übersendung des Manuskriptes verlangt werden.

Die Redaktion

---

1) Die in der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" veröffentlichten Beiträge werden mit Mark 25.— per sechszehnseitigen Druckbogen honoriert.

2) Die Autoren von Originalbeiträgen sowie von Mitteilungen im Umfange über zwei Druckseiten erhalten nach Wahl zwei Freiexemplare des betreffenden Heftes oder 15 Separatabdrucke ihres Beitrages.

3) Die Kosten der Übersetzung von Beiträgen, die die Autoren nicht in deutscher Sprache zur Verfügung stellen, werden vom Verlag getragen; die Autoren solcher Beiträge erhalten kein Honorar.

4) Die Manuskripte sollen gut leserlich sein, möglichst in Schreibmaschinenschrift (einseitig und nicht eng geschrieben). Es ist erwünscht, daß die Autoren eine Kopie ihres Manuskriptes behalten. Zeichnungen und Tabellen sollen auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt sein. Die Zeichnungen sollen tadellos ausgeführt sein, damit die Vorlage selbst reproduziert werden kann.

5) Mehrkosten, die durch Autorkorrekturen, das heißt durch Textänderungen, Einschaltungen, Streichungen, Umstellungen während der Druckkorrektur verursacht werden, werden vom Autorenhonorar in Abzug gebracht.

6) Mehr als 15 Separata werden nur auf ausdrücklichen Wunsch und auf Kosten des Autors angefertigt. Die Kosten (einschließlich Porto der Zusendung der Separata) betragen für Beiträge

bis	8	Seiten	für	25	Exemplare	Mark	15.—,	für	50	Exemplare	Mark 20.—
von	9	„ 16	„	„ 25	„	„	20.—,	„	50	„	„ 25.—
„	17	„ 24	„	„ 25	„	„	30.—,	„	50	„	„ 40.—
„	25	„ 32	„	„ 25	„	„	35.—,	„	50	„	„ 45.—

Mehr als 50 Separata werden nicht angefertigt.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus allen Ländern mit Ausnahme der U. S. A. bitten wir zu richten an Dr. Paul Federn und Dr. Heinz Hartmann, p. A. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

Redaktionelle Mitteilungen und Sendungen aus den U. S. A. an Dr. Sandor Radó, 324 West, 86th Street, New York City.

Bestellungen und geschäftliche Zuschriften aller Art an

Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, I., Börsegasse 11.

INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOANALYSE

XIX. BAND

1933

INTERNATIONAL
PSYCHOANALYTIC
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse

Offizielles Organ der
Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung

Herausgegeben von

Sigm. Freud

Unter Mitwirkung von

Girindrashekhar Bose Kalkutta
A. Borel Paris
N. L. Blitzsten Chicago
A. A. Brill New York
M. Eitingon Berlin
S. Ferenczi Budapest
E. E. Hadley Washington
Ernest Jones London
J. W. Kannabich Moskau
J. H. W. van Ophuijsen Haag
Philipp Sarasin Basel
Y. K. Yabe Tokio
Gregory Zilboorg New York

redigiert von

Paul Federn, Wien — **Heinz Hartmann**, Wien — **Sándor Radó**, New York

XIX. Band

1933

Internationaler Psychoanalytischer Verlag
Wien

ALLE RECHTE VORBEHALTEN

Druck: Elbemühl, Wien, IX., Berggasse 31

Internationale Zeitschrift
für Psychoanalyse
Herausgegeben von Sigm. Freud

XIX. Band 1933 Heft 1/2

Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind[1]

(Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft)[2]

Von
Dr. S. Ferenczi
Budapest

Es war ein Irrtum, das allzu umfangreiche Thema der Exogeneität in der Charakter- und Neurosenformierung in einen Kongreßvortrag zwingen zu wollen.

Ich begnüge mich also mit einem kurzen Ausschnitt aus dem, was ich hierüber zu sagen hätte. Es ist vielleicht zweckmäßig, wenn ich Ihnen zunächst mitteile, wie ich zu der im Titel angedeuteten Problemstellung gekommen bin. In dem Vortrage, den ich am 75. Geburtstage Professor Freuds in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung gehalten habe, berichtete ich über eine Regression in der Technik, zum Teil auch in der Theorie der Neurosen, zu der mich gewisse Mißerfolge oder unvollständige Erfolge gezwungen haben; ich meine die neuerliche stärkere Betonung des traumatischen Momentes in der Pathogenese der Neurosen, die in letzterer Zeit unverdient vernachlässigt wurde. Die nicht genügend tiefe Erforschung des exogenen Momentes führt die Gefahr mit sich, daß man vorzeitig zu Erklärungen mittels Disposition und Konstitution greift. Die — ich möchte

1) Vorgetragen am Kongreß der „Internat. Psa. Vereinigung" in Wiesbaden. (Sept. 1932.)

2) Der ursprüngliche Titel des angekündigten Vortrages war: „Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluß auf Charakter- und Sexualentwicklung der Kinder."

sagen — imposanten Erscheinungen, die fast halluzinatorischen Wiederholungen traumatischer Erlebnisse, die sich in meiner Praxis zu häufen begannen, berechtigten mich zur Hoffnung, daß durch solches Abreagieren große Quantitäten verdrängter Affekte sich Geltung im bewußten Gefühlsleben verschaffen und der Symptombildung, insbesondere da der Überbau der Affekte durch die analytische Arbeit genügend gelockert war, bald ein Ende bereiten werden. Diese Hoffnung hat sich leider nur sehr unvollkommen erfüllt und einige der Fälle brachten mich gar in große Verlegenheit. Die Wiederholung, zu der die Patienten die Analyse ermutigte, war z u g u t gelungen. Allerdings war merkliche Besserung einzelner Symptome zu verzeichnen, aber statt dessen begannen diese Patienten an nächtlichen Angstzuständen, meistens sogar an schweren Alpträumen zu leiden und die Anaylsenstunde entartete immer und immer wieder zu einem angsthysterischen Anfall, und obzwar wir die oft gefahrdrohend scheinende Symptomatik dieser einer gewissenhaften Analyse unterzogen, was den Patienten anscheinend überzeugte und beruhigte: der erwartete Dauererfolg blieb aus und der nächste Morgen brachte dieselben Klagen über die schreckliche Nacht, und die Analysenstunde wieder einmal die Wiederholung des Traumas. In dieser Verlegenheit begnügte ich mich eine ziemliche Weile in üblicher Weise mit der Auskunft, der Patient habe zu große Widerstände oder leide an Verdrängungen, deren Entladung und Bewußtmachung nur in Etappen erfolgen kann. Da sich aber auch nach längerer Zeit keine wesentliche Änderung einstellte, mußte ich wieder einmal die Selbstkritik walten lassen. Ich begann hinzuhorchen, wenn die Patienten mich in ihren Attacken fühllos, kalt, ja roh und grausam nannten, wenn sie mir Selbstsucht, Herzlosigkeit, Eingebildetsein vorwarfen, wenn sie mich anschrien: „Helfen Sie mir doch! Rasch! Lassen Sie mich nicht hilflos zugrunde gehen!“ und begann mein Gewissen zu prüfen, ob trotz bewußten guten Willens nicht etwas Wahrheit in diesen Anklagen stecke. Nebenbei gesagt, kamen solche Ärger- und Wutausbrüche nur in Ausnahmsfällen; sehr oft endete die Stunde mit auffälliger, fast hilfloser Gefügigkeit und Willigkeit, unsere Deutungen anzunehmen. Die Flüchtigkeit dieses Eindruckes ließ mich aber ahnen, daß auch diese Gefügigen insgeheim Haß- und Wutregungen empfinden, und ich begann sie anzuspornen, mir gegenüber von jeder Schonung abzusehen. Auch diese Aufmunterung hatte wenig Erfolg; die meisten refüsierten energisch meine Zumutung, obzwar sie durch das analytische Material genügend gestützt war.

Allmählich kam ich dann zur Überzeugung, daß die Patienten ein über-

aus verfeinertes Gefühl für die Wünsche, Tendenzen, Launen, Sym- und Antipathien des Analytikers haben, mag dieses Gefühl auch dem Analytiker selbst ganz unbewußt sein. Anstatt dem Analytiker zu widersprechen, ihn gewisser Verfehlungen oder Mißgriffe zu zeihen, identifizieren sie sich mit ihm; nur in gewissen Ausnahmsmomenten der hysteroiden Erregung, d. h. im beinahe bewußtlosen Zustande, raffen sie sich zu Protesten auf, für gewöhnlich erlauben sie sich keine Kritik an uns, ja solche Kritik fällt ihnen nicht einmal ein, es sei denn, wir geben ihnen spezielle Erlaubnis dazu, ja muntern sie zu solcher Kritik direkt auf. Wir müssen also aus den Assoziationen der Kranken nicht nur unlustvolle Dinge aus der Vergangenheit erraten, sondern, mehr als bisher, verdrängte oder unterdrückte Kritik an uns.

Da aber stoßen wir auf nicht geringe Widerstände, diesmal Widerstände in uns und nicht im Patienten. Vor allem müssen wir gar zu gut und „bis zum Grund" analysiert sein, alle unsere unliebsamen äußeren und inneren Charakterzüge kennen, damit wir so ziemlich auf alles gefaßt sind, was an verstecktem Haß und Geringschätzung in den Assoziationen der Patienten enthalten ist.

Das führt zum Seitenproblem des Analysiertseins des Analytikers, das mehr und mehr an Wichtigkeit gewinnt. Vergessen wir nicht, daß die tiefgreifende Analyse einer Neurose meist viele Jahre nimmt, während die üblichen Lehranalysen oft nur Monate oder ein bis anderthalb Jahre dauern. Das mag zur unmöglichen Situation führen, daß unsere Patienten allmählich besser analysiert sind als wir selber. Das heißt, sie zeigen Ansätze solcher Überlegenheit, sind aber unfähig, solche zu äußern, ja sie verfallen oft in extreme Unterwürfigkeit, offenbar infolge der Unfähigkeit oder der Angst, durch ihre Kritik Mißfallen in uns zu erregen.

Ein großer Teil der verdrängten Kritik unserer Patienten betrifft das, was die Hypokrisie der Berufstätigkeit genannt werden könnte. Wir begrüßen den Patienten, wenn er unser Zimmer betritt, höflich, fordern ihn auf, mit den Assoziationen zu beginnen und versprechen ihm damit, aufmerksam hinzuhorchen, unser ganzes Interesse seinem Wohlergehen und der Aufklärungsarbeit zu widmen. In Wirklichkeit aber mögen uns gewisse äußere oder innere Züge des Patienten schwer erträglich sein. Oder wir fühlen uns vielleicht durch die Arbeitsstunde in einer für uns wichtigeren beruflichen oder einer persönlichen, inneren Angelegenheit unliebsam gestört. Auch da sehe ich keinen anderen Ausweg als den, die Ursache der Störung in uns selber zu erraten und sie vor dem Patienten zur

Sprache zu bringen, sie vielleicht nicht nur als Möglichkeit, sondern auch als Tatsache zu bekennen.

Merkwürdig ist nun, daß solcher Verzicht auf die bisher unvermeidlich geglaubte „berufliche Hypokrisie", anstatt den Patienten zu verletzen, merkliche Erleichterung zur Folge hat. Die traumatisch-hysterische Attacke, wenn sie überhaupt kam, wurde viel milder, tragische Vorkommnisse der Vergangenheit konnten auf einmal in Gedanken reproduziert werden, ohne daß die Reproduktion wieder einmal zum Verlust des seelischen Gleichgewichtes geführt hätte; ja das ganze Niveau der Persönlichkeit des Patienten schien sich zu heben.

Was hat diese Sachlage herbeigeführt? Es bestand in der Beziehung zwischen Arzt und Patienten etwas Unausgesprochenes, Unaufrichtiges, und die Aussprache darüber löste sozusagen die Zunge des Kranken; das Einbekennen eines Irrtums des Analytikers brachte ihm das Vertrauen des Patienten ein. Das sieht beinahe so aus, als wäre es von Vorteil, gelegentlich Irrtümer zu begehen, um sie dann dem Patienten bekennen zu können, doch ist dieser Rat gewiß überflüssig; wir begehen Irrtümer ohnedies genug, und eine höchst intelligente Patientin empörte sich darüber mit Recht, indem sie mir sagte: „Noch besser wäre es gewesen, wenn Sie Irrtümer überhaupt vermieden hätten. Ihre Eitelkeit, Herr Doktor, will sogar aus den Verfehlungen Nutzen ziehen."

Das Finden und Lösen dieses rein technischen Problems verschaffte mir den Zugang zu einem bisher versteckten oder wenig beachteten Material. Die analytische Situation: die reservierte Kühle, die berufliche Hypokrisie und die dahinter versteckte Antipathie gegen den Patienten, die dieser in allen Gliedern fühlte, war nicht wesentlich verschieden von jener Sachlage, die seinerzeit — ich meine in der Kindheit — krankmachend wirkte. Indem wir bei diesem Stande der analytischen Situation dem Patienten auch noch die Traumareproduktion nahelegten, schufen wir eine unerträgliche Sachlage; kein Wunder, daß sie nicht andere und bessere Folgen haben konnte, als das Urtrauma selbst. Die Freimachung der Kritik, die Fähigkeit, eigene Fehler einzusehen und zu unterlassen, bringt uns aber das Vertrauen der Patienten. Dieses Vertrauen ist jenes gewisse Etwas, das den Kontrast zwischen der Gegenwart und der unleidlichen, traumatogenen Vergangenheit statuiert, den Kontrast also, der unerläßlich ist, damit man die Vergangenheit nicht mehr als halluzinatorische Reproduktion, sondern als objektive Erinnerung aufleben lassen kann. Die versteckte Kritik meiner Patienten z. B. entdeckte

mit Scharfblick die aggressiven Züge in meiner „aktiven Therapie", die berufliche Hypokrisie in der Forcierung der Relaxation und lehrte mich, Übertreibungen in beiden Hinsichten zu erkennen und zu beherrschen. Nicht minder dankbar bin ich aber auch jenen Patienten, die mich lehrten, daß wir viel zu sehr geneigt sind, auf gewissen theoretischen Konstruktionen zu beharren und Tatsachen oft unbeachtet zu lassen, die unsere Selbstsicherheit und Autorität lockern würden. Jedenfalls lernte ich, was die Ursache der Unfähigkeit war, die hysterischen Ausbrüche zu beeinflussen und was dann den schließlichen Erfolg ermöglichte. Es erging mir wie jener geistvollen Dame, deren nervenkranke Freundin durch kein Rütteln und Anschreien aus ihrem narkoleptischen Zustand zu erwecken war. Plötzlich kam sie auf die Idee, ihr in kindisch-schelmischer Sprechweise zuzurufen: „Roll dich, toll dich, Baby", woraufhin die Kranke alles zu tun begann, was man von ihr verlangte. Wir sprechen in der Analyse viel von Regression ins Kindische, glauben aber offenbar selber nicht, wie sehr wir damit im Rechte sind; wir sprechen viel von Spaltung der Persönlichkeit, scheinen aber nicht genügend die Tiefe dieser Spaltung zu würdigen. Behalten wir unsere pädagogisch-kühle Einstellung auch einem opisthotonischen Patienten gegenüber, so zerreißen wir damit den letzten Faden der Verbindung mit ihm. Der ohnmächtige Patient ist eben in seiner Trance w i r k l i c h ein Kind, das auf intelligente Aufklärung nicht mehr, höchstens auf mütterliche Freundlichkeit reagiert; ohne diese fühlt er sich in höchster Not allein und verlassen, also gerade in derselben unerträglichen Lage, die irgendwann zur psychischen Spaltung und schließlich zur Erkrankung führte; kein Wunder, daß er auch nun nichts anderes tun kann als bei der Erkrankung selbst, d. h. die Symptombildung durch Erschütterung zu wiederholen.

Ich darf hier nicht verschweigen, daß die Patienten auf theatralische Mitleidsphrasen nicht reagieren, nur auf wirkliche Sympathie. Ob sie das am Klang unserer Stimme, an der Auswahl unserer Worte oder auf andere Art erkennen, weiß ich nicht. Jedenfalls verraten sie ein merkwürdiges, fast clairvoyantes Wissen um Gedanken und Emotionen, die im Analytiker vorgehen. Eine Täuschung des Kranken scheint hier kaum möglich, und wenn sie versucht wird, hat sie nur böse Folgen.

Lassen Sie mich nun von einigen Einsichten berichten, zu denen mir dieses intimere Verhältnis mit den Patienten verhalf.

Vor allem wurde meine schon vorher mitgeteilte Vermutung, daß das Trauma, speziell das Sexualtrauma, als krankmachendes Agens nicht hoch genug angeschlagen werden kann, von neuem bestätigt. Auch Kinder ange-

sehener, von puritanischem Geist beseelter Familien fallen viel öfter, als man es zu ahnen wagte, wirklichen Vergewaltigungen zum Opfer. Entweder sind es die Eltern selbst, die für ihre Unbefriedigtheit auf diese pathologische Art Ersatz suchen, oder aber Vertrauenspersonen, wie Verwandte (Onkel, Tanten, Großeltern), Hauslehrer, Dienstpersonal, die Unwissenheit und Unschuld der Kinder mißbrauchen. Der naheliegende Einwand, es handle sich um Sexualphantasien des Kindes selbst, also um hysterische Lügen, wird leider entkräftet durch die Unzahl von Bekenntnissen dieser Art, von Sichvergehen an Kindern, seitens Patienten, die sich in Analyse befinden. Ich war also nicht mehr überrascht, als vor kurzem ein von philanthropischem Geiste beseelter Pädagoge mich in heller Verzweiflung aufsuchte und mir mitteilte, daß er nunmehr in der fünften Familie aus den höheren Kreisen die Entdeckung machen mußte, daß die Gouvernanten mit neun- bis elfjährigen Knaben ein regelrechtes Eheleben führen.

Eine typische Art, wie inzestuöse Verführungen zustande kommen, ist die folgende:

Ein Erwachsener und ein Kind lieben sich; das Kind hat die spielerische Phantasie, mit dem Erwachsenen die Mutterrolle zu spielen. Dieses Spiel mag auch erotische Formen annehmen, bleibt aber nach wie vor auf dem Zärtlichkeitsniveau. Nicht so bei pathologisch veranlagten Erwachsenen, besonders wenn sie durch sonstiges Unglück oder durch den Genuß betäubender Mittel in ihrem Gleichgewicht und ihrer Selbstkontrolle gestört sind. Sie verwechseln die Spielereien der Kinder mit den Wünschen einer sexuell reifen Person oder lassen sich, ohne Rücksicht auf die Folgen, zu Sexualakten hinreißen. Tatsächliche Vergewaltigungen von Mädchen, die kaum dem Säuglingsalter entwachsen sind, ähnliche Sexualakte erwachsener Frauen mit Knaben, aber auch forcierte Sexualakte homosexuellen Charakters gehören zur Tagesordnung.

Schwer zu erraten ist das Benehmen und das Fühlen von Kindern nach solcher Gewalttätigkeit. Ihr erster Impuls wäre: Ablehnung, Haß, Ekel, kraftvolle Abwehr. „Nein, nein, das will ich nicht, das ist mir zu stark, das tut mir weh. Laß mich", dies oder ähnliches wäre die unmittelbare Reaktion, wäre sie nicht durch eine ungeheure Angst paralysiert. Die Kinder fühlen sich körperlich und moralisch hilflos, ihre Persönlichkeit ist noch zu wenig konsolidiert, um auch nur in Gedanken protestieren zu können, die überwältigende Kraft und Autorität des Erwachsenen macht sie stumm, ja beraubt sie oft der Sinne. Doch dieselbe Angst, wenn sie einen Höhepunkt erreicht, zwingt sie automatisch, sich dem

Willen des Angreifers unterzuordnen, jede seiner Wunschregungen zu erraten und zu befolgen, sich selbst ganz vergessend, sich mit dem Angreifer vollauf zu identifizieren. Durch die Identifizierung, sagen wir Introjektion des Angreifers, verschwindet dieser als äußere Realität und wird intrapsychisch, statt extra; das Intrapsychische aber unterliegt in einem traumhaften Zustande, wie die traumatische Trance einer ist, dem Primärvorgang, d. h. es kann, entsprechend dem Lustprinzip, gemodelt, positiv- und negativhalluzinatorisch verwandelt werden. Jedenfalls hört der Angriff als starre äußere Realität zu existieren auf, und in der traumatischen Trance gelingt es dem Kinde, die frühere Zärtlichkeitssituation aufrechtzuerhalten.

Doch die bedeutsamste Wandlung, die die ängstliche Identifizierung mit dem erwachsenen Partner im Seelenleben des Kindes hervorruft, ist die Introjektion des Schuldgefühls des Erwachsenen, das ein bisher harmloses Spiel als strafwürdige Handlung erscheinen läßt.

Erholt sich das Kind nach solcher Attacke, so fühlt es sich ungeheuer konfus, eigentlich schon gespalten, schuldlos und schuldig zugleich, ja mit gebrochenem Vertrauen zur Aussage der eigenen Sinne. Dazu kommt das barsche Benehmen des nun von Gewissenspein noch mehr geplagten und verärgerten erwachsenen Partners, das das Kind noch tiefer schuldbewußt und beschämt macht. Fast immer benimmt sich der Täter, als ob nichts geschehen wäre, auch beruhigt er sich mit der Idee: „Ach, es ist ja nur ein Kind, es weiß noch nichts, es wird alles wieder vergessen." Nicht selten wird der Verführer nach solchem Geschehnis übermoralisch oder religiös und trachtet, auch das Seelenheil des Kindes mittels solcher Strenge zu retten.

Gewöhnlich ist auch das Verhältnis zu einer zweiten Vertrauensperson, in dem gewählten Beispiel zur Mutter, nicht intim genug, um bei ihr Hilfe zu finden; kraftlose Versuche solcher Art werden von ihr als Unsinn zurückgewiesen. Das mißbrauchte Kind wird zu einem mechanisch-gehorsamen Wesen oder es wird trotzig, kann aber über die Ursache des Trotzes auch sich selber keine Rechenschaft mehr geben; sein Sexualleben bleibt unentwickelt oder nimmt perverse Formen an; von Neurosen und Psychosen, die da folgen können, will ich hier schweigen. Das wissenschaftlich Bedeutsame an dieser Beobachtung ist die Vermutung, daß die noch zu schwach entwickelte Persönlichkeit auf plötzliche Unlust, anstatt mit Abwehr, mit ängstlicher Identifizierung und Introjektion des Bedrohenden oder Angreifenden antwortet. Nun erst verstehe ich, warum es die Pa-

tienten so hartnäckig ablehnten, mir zu folgen, wenn ich ihnen nahelegte, auf erlittene Unbill, wie ich es erwartet hätte, mit Unlust, etwa mit Haß und Abwehr, zu reagieren. Ein Teil ihrer Persönlichkeit, ja der Kern derselben, ist irgendwann auf einem Niveau steckengeblieben, auf dem man noch der alloplastischen Reaktionsweise unfähig ist und man autoplastisch, gleichsam mit einer Art Mimikry, reagiert. Wir gelangen so zu einer Persönlichkeitsform, die nur aus Es und Über-Ich besteht, der also die Fähigkeit, sich selbst auch in der Unlust zu behaupten, noch abgeht, gleichwie für das ganz entwickelte Kind das Alleinsein, ohne mütterlichen und sonstigen Schutz und ohne ein erhebliches Quantum von Zärtlichkeit, unerträglich ist. Wir müssen da auf Gedankengänge zurückgreifen, die Freud vor langer Zeit entwickelt hat, wies er doch damals schon darauf hin, daß der Fähigkeit zur Objektliebe ein Stadium der Identifizierung vorausgeht.

Ich möchte dieses Stadium als das der passiven Objektliebe oder der Zärtlichkeit bezeichnen. Spuren der Objektliebe zeigen sich auch hier schon, aber nur als Phantasien, in spielerischer Art. So spielen denn die Kinder auch, fast ausnahmslos, mit der Idee, die Stelle des gleichgeschlechtlichen Elternteiles einzunehmen, um das Ehegemahl des gegengeschlechtlichen zu werden. Doch wohlgemerkt, bloß in der Phantasie; in der Realität möchten sie, ja können sie die Zärtlichkeit, insbesondere der Mutter, nicht missen. Wird Kindern in der Zärtlichkeitsphase mehr Liebe aufgezwungen oder Liebe andere Art, als sie sich wünschen, so mag das ebenso pathogene Folgen nach sich ziehen wie die bisher fast immer herangezogene Liebesversagung. Es würde zu weit führen, hier auf all die Neurosen und alle charakterologischen Folgen hinzuweisen, die die vorzeitige Aufpfropfung leidenschaftlicher und mit Schuldgefühlen gespickter Arten des Liebens auf ein noch unreifes, schuldloses Wesen nach sich zieht. Die Folge kann nur jene Sprachverwirrung sein, auf die ich im Titel dieses Vortrages anspiele.

Die Eltern und Erwachsenen müßten, gleichwie wir Analytiker in der Analyse, zu ertragen lernen, daß hinter Unterwürfigkeit, ja Anbetung, sowie hinter der Übertragungsliebe unserer Kinder, Patienten und Schüler der sehnliche Wunsch steckt, die sie beengende Liebe loszuwerden. Verhilft man dem Kinde, dem Patienten oder dem Schüler dazu, die Identifizierungsreaktion aufzugeben und die ihnen lästigen Übertragungen abzuwehren, so kann man sagen, daß es gelungen ist, seine Persönlichkeit auf ein höheres Niveau zu heben.

Nur kurz möchte ich auf einige weitere Erkenntnisse hinweisen, zu denen diese Beobachtungsserie Zugang zu verschaffen verspricht. Es ist uns

schon lange bekannt, daß nicht nur forcierte Liebe, sondern auch unerträgliche Strafmaßnahmen fixierend wirken. Das Verstehen dieser anscheinend sinnlosen Reaktion wird vielleicht durch das Vorhergesagte erleichtert. Die spielerischen Vergehungen des Kindes werden durch die leidenschaftlichen, oft wutschnaubenden Strafsanktionen erst zur Realität erhoben, mit all den depressiven Folgen für das bis dahin sich schuldlos fühlende Kind.

Die detailliertere Verfolgung der Vorgänge während der analytischen Trance lehrt uns auch, daß es keinen Schock, keinen Schreck gibt, ohne Andeutungen einer Persönlichkeitsspaltung. Daß ein Teil der Person in die vortraumatische Seligkeit regrediert und das Trauma ungeschehen zu machen sucht, wird keinen Psychoanalytiker überraschen. Merkwürdiger ist, daß man bei der Identifizierung einen zweiten Mechanismus am Werke sieht, von dessen Existenz ich wenigstens wenig wußte. Ich meine das plötzliche, überraschende, wie auf Zauberschlag erfolgende Aufblühen neuer Fähigkeiten nach Erschüterung. Man wird beinahe an die Zauberkünste der Fakire erinnert, die angeblich aus einem Samenkorn vor unseren Augen Stengel und Blüte emporwachsen lassen. Höchste Not, besonders Todesangst, scheint die Macht zu haben, latente Dispositionen, die, noch unbesetzt, in tiefer Ruhe auf das Heranreifen warteten, plötzlich zu erwecken und in Tätigkeit zu versetzen. Das sexuell angegriffene Kind kann die in ihm virtuell vorgebildeten zukünftigen Fähigkeiten, die zur Ehe, zur Mutterschaft, zum Vatersein gehören und alle Empfindungen eines ausgereiften Menschen, unter dem Drucke der traumatischen Notwendigkeit plötzlich zur Entfaltung bringen. Man darf da getrost, im Gegensatz zur uns geläufigen Regression, von traumatischer (pathologischer) Progression oder Frühreife sprechen. Es liegt nahe, an das schnelle Reif- oder Süßwerden von Früchten zu denken, die der Schnabel eines Vogels verletzt hat, oder an die Frühreife wurmstichigen Obstes. Nicht nur emotionell, auch intellektuell kann der Schock einen Teil der Person plötzlich heranreifen lassen. Ich erinnere an den von mir vor so viel Jahren isolierten typischen „Traum vom gelehrten Säugling", in dem ein neugeborenes oder Wiegenkind plötzlich zu reden anfängt, ja die ganze Familie Weisheit lehrt. Die Angst vor den hemmungslosen, also gleichsam verrückten Erwachsenen macht das Kind sozusagen zum Psychiater, und um das zu werden und sich vor den Gefahren seitens Personen ohne Selbstkontrolle zu schützen, muß es sich mit ihnen zunächst vollkommen zu identifizieren wissen. Es ist schier unglaublich, wieviel wir von unseren gelehrten Kindern, den Neurotikern, wirklich lernen können.

Häufen sich im Leben des heranwachsenden Menschen die Erschütterun-

gen, so wächst die Zahl und die Varietät der Abspaltungen, und bald wird es einem recht schwer gemacht, den Kontakt mit den Fragmenten, die sich alle wie gesonderte Persönlichkeiten betragen, einander aber meist gar nicht kennen, ohne Konfusion aufrechtzuerhalten. Schließlich mag es zu einem Zustande kommen, den man, das Bild von der Fragmentierung fortsetzend, getrost Atomisierung nennen kann, und es gehört recht viel Optimismus dazu, den Mut auch diesem Zustandsbilde gegenüber nicht sinken zu lassen; doch ich hoffe, daß sich auch noch hier Wege des Zusammenhanges finden werden. — Nebst leidenschaftlicher Liebe und leidenschaftlichem Strafen gibt es auch ein drittes Mittel, ein Kind an sich zu binden und das ist: der Terrorismus des Leidens. Kinder haben den Zwang, alle Art Unordnung in der Familie zu schlichten, sozusagen die Last aller anderen auf ihre zarten Schultern zu bürden; natürlich zuguterletzt nicht aus reiner Selbstlosigkeit, sondern um die verlorene Ruhe und die dazugehörige Zärtlichkeit wieder genießen zu können. Eine ihre Leiden klagende Mutter kann sich aus dem Kinde eine lebenslängliche Pflegerin, also eigentlich einen Mutterersatz, schaffen, die Eigeninteressen des Kindes gar nicht berücksichtigend.

Ich glaube nicht, daß — wenn sich all dies bewahrheitet — wir nicht bemüßigt sein werden, gewisse Kapitel der Sexual- und Genitaltheorie zu revidieren. Die Perversionen zum Beispiel sind vielleicht nur auf dem Zärtlichkeitsniveau infantil, wo sie leidenschaftlich und schuldbewußt werden, zeugen sie vielleicht schon von exogener Gereiztheit, sekundärer, neurotischer Übertreibung. Auch meine Genitaltheorie hat diesen Unterschied der Zärtlichkeits- und Leidenschaftsphase nicht berücksichtigt. Wieviel vom Sadomasochismus in der Sexualität unserer Zeit kulturbedingt ist (das heißt nur vom introjizierten Schuldgefühl herrührt), und wieviel autochthon und spontan als eigene Organisationsphase sich entwickelt, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Es würde mich freuen, wenn Sie sich die Mühe nehmen wollten, das hier Mitgeteilte praktisch und gedanklich nachzuprüfen und insbesondere meinem Rat zu folgen, etwas mehr als bisher die eigenartige, sehr versteckte, doch sehr kritische Denk- und Sprechweise Ihrer Kinder, Patienten und Schüler zu beachten und ihnen sozusagen die Zunge zu lösen. Sie werden manches Lehrreiche zu hören bekommen.

*

Nachtrag.

Dieser Gedankengang weist nur deskriptiv auf das Zärtliche der kindlichen Erotik und das Leidenschaftliche in der Erotik der Erwachsenen hin, läßt aber

die Frage nach dem Wesen des Unterschiedes zwischen beiden offen. Die Psychoanalyse kann der Cartesianischen Idee, daß Leidenschaften durch Leiden verursacht werden, beipflichten, wird aber vielleicht auch eine Antwort auf die Frage finden, was es sei, das in die spielerische Zärtlichkeitsbefriedigung das Element des Leidens und damit den Sadomasochismus einführt. Die obigen Ausführungen lassen es ahnen, daß es unter anderem das Schuldgefühl ist, das in der Erotik des Erwachsenen das Liebesobjekt zum Gegenstand liebender und hassender, also ambivalenter Gefühlsregungen macht, während der kindlichen Zärtlichkeit diese Zwiespältigkeit noch abgeht. Haß ist es, was das Kind beim Geliebtwerden von einem Erwachsenen traumatisch überrascht und erschreckt, und es aus einem spontan und harmlos spielenden Wesen zu einem den Erwachsenen ängstlich, sozusagen selbstvergessen imitierenden, schuldbewußten Liebesautomaten umgestaltet. Die eigenen Schuldgefühle und der Haß gegen den verführenden Partner gestalten den Liebesverkehr des Erwachsenen zu einem das Kind erschreckenden Kampfe (Urszene), der mit dem Momente des Orgasmus endet, während die kindliche Erotik, bei Abwesenheit des „Kampfes der Geschlechter", auf dem Vorlustniveau beharrt, oder nur Befriedigungen im Sinne einer „Sättigung" kennt, nicht aber die Vernichtungsgefühle des Orgasmus. Die „Genitaltheorie[3]", die den Kampf der Geschlechter phylogenetisch zu begründen sucht, wird diesen Unterschied zwischen kindlichen erotischen Befriedigungen und dem haßdurchtränkten Lieben bei der Begattung würdigen müssen.

---

3) Siehe „Versuch einer Genitaltheorie" (Internat. Psychoanalyt. Verlag, Wien); vom Verf.

Körpergeschehen und Neurose

Analytische Studie über somatische Symptombildungen

Von

Viktor von Weizsäcker

Heidelberg

Inhalt:

1. Analyse der Miktionshemmung. Die Selbsterfahrung des Kranken.
2. Das Paranoid und das Bild des Kreises.
3. Physiologisches Schema und Selbstwahrnehmung.
4. Die Bisexualität im Symptom. Kuppelphantasie.
5. Fortbildung des physiologischen Schemas zum Begriff einer physiologischen Dynamik.
6. Beispiele zur Dynamik der Symptombildung.
7. Die Quadratskizze und die Angina.
8. Äußeres und Inneres. Die Lokomotive. Beruf und Sachlichkeit.
9. Zurückziehung der paranoiden Projektion.
10. Organerkrankung und Wandlung der Realität.
11. Der Fall A. Untergang der Moralität und Es-Bildung.
12. Einige Fälle in Situationen der Umwelt.

Die Analyse einer gut untersuchten und übersehbaren Funktion, wie z. B. der zur Erhaltung des Körpergleichgewichtes, kann uns darüber belehren, daß eine solche Leistung durchsichtiger wird, wenn wir sie als psychophysischen Komplex betrachten.[1] Wir Lebewesen benehmen uns dabei nicht wie gewisse Einrichtungen in Ozeandampfern, welche deren Schlingern und Stampfen abschwächen. Denn diese erschöpfen sich eben in der möglichst großen Annäherung der Bewegungen an ein Minimum. Vergleichen wir damit die Vorgänge im „Gestaltkreise des Körpergleichgewichtes", so scheinen sie nicht auf ein solches Minimum an Abweichung ausgerichtet, sondern auf einen Ausgleich zwischen der Art der Störung und der Art des Gestörten. Es wäre

1) Vgl. v. Weizsäcker, Philosoph. Anzeiger, herausg. v. H. Plessner, II. Jahrg., S. 236, 1927, und bes. Der Gestaltkreis. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiologie, Bd. 231, S. 630, 1933.

das, am Ozeandampfer verbildlicht, als entschlösse sich ein Kapitän, die Bewegungen der Wellen durch die Steuerung ein wenig nachzuahmen und den Passagieren so die Illusion zu geben, diese Kurven seien der Wille des Kapitäns und zum Vergnügen der Passagiere ausgeführt. Der Vergleich hat den offenkundigen Mangel, ein erfundenes Beispiel zur Verdeutlichung natürlicher Vorgänge zu benutzen. Indes sind die natürlichen Dinge nun einmal die Vorbilder der Erfindungen, und es käme in der Wissenschaft darauf an, die Erfindungen unserer Vorstellungskraft der Natur so ähnlich wie möglich zu machen. Der Vergleich mag dann verdeutlichen, eine solche psychophysische Leistung sei eigentlich etwas ganz anderes als eine Regulierung durch besondere Apparate: sie sei eine Art von Nachahmung. Das Gleichgewicht aber, das dadurch entstehe, sei eigentlich nicht eine Selbsterhaltung, sondern eine Art von Umfassung des Fremden durch Eigenes, eben damit aber auch des Eigenen durch Fremdes.

Es macht keine Schwierigkeit, auch die Analyse eines Drehversuches und seiner Gleichgewichtsleistungen unter diesem Gesichtspunkte zum Abschluß zu bringen. Aber die Basis ist dort sehr schmal; für eine so arme Bestimmung wie die der Bewegung wäre der Begriff der Nachahmung zu anspruchsvoll.

Und wir haben noch andere Gründe, zu Beispielen überzugehen, welche weniger exakt faßbar sein mögen, dafür aber mehr über den Weg der psychophysischen Ausgleiche lehren. Es gibt nämlich Leistungen, die durch ihre Paradoxie und ihre eigenartige Stellung im System der Wissenschaften schon seit geraumer Zeit dem Forscher die Idee des psychophysischen Ausgleiches besonders nahegelegt haben. Wir meinen die somatische Symptombildung der Neurose und die Fehlleistungen. Während bei der Analyse der Drehbewegungen der Verdacht eines Wortspieles aufkommen könnte, als seien die Gleichgewichtsfunktionen als ein Beispiel einer psychophysischen Ausgleichsleistung herangezogen, da ein Doppelsinn des Wortes „Gleichgewicht" die Schwierigkeit der Unvergleichbarkeit mechanischer und psychophysischer Dynamik überbrücke, kann dieses Mißverständnis nicht aufkommen, wenn eine quantitative Behandlung der Beobachtungen in physikalischem Sinne von vornherein ausgeschlossen ist.

*

Die Art, wie eine Harnentleerung eingeleitet wird, sollte jedermann bekannt sein. Und doch ist es ein denkbar unerfreuliches Unternehmen, die Bedingungen dieses Ereignisses in gültiger Form festzuhalten.[2] Der Harndrang stellt sich bei sehr verschiedenen Füllungszuständen der Blase ein. Viele,

2) Vgl. H. Dennig, Die Innervation der Harnblase. Springer, Berlin 1926.

aber doch längst nicht alle Menschen können auch „auf Kommando" uri nieren, wobei aber das spezifische Gefühl an der Harnröhre sich ebenfall quasi-unwillkürlich einstellt; ja, es scheint dieses halbspontane Gefühl ein Bedingung oder unvermeidliche Begleiterscheinung zu sein, soll die gewollt Miktion stattfinden. Eine längere Zeitspanne gelingt es auch, den schon auf getauchten Harndrang zu „unterdrücken", das heißt dies lokale Gefühl ver schwinden zu lassen. Gewohnheiten können diese Regellosigkeiten zurück treten lassen. Setzt man alles, was wir über den Harndrang wissen, zusammer und nimmt man noch die interessanten pathologischen Zustände hinzu, s scheint es, als wüßten wir über sein Zustandekommen so viel, daß wir ga nichts wissen. Wir wissen dann nicht, ob wir den Vorgang willkürlich ode unwillkürlich nennen sollen, nicht ob der Drang aktiv oder passiv, ob e primär motorisch oder primär sensibel auftritt, ob er seine Form, seinen Ein tritt, seinen Ablauf mehr einem physiologischen Gesetz oder mehr einer anerzogenen Gebot verdankt. Gestehen wir aber zu, daß von allem dieser etwas daran sei, so verlieren wir den Überblick und jeden Begriff für da Einheitliche des Vorgangs: er ist dann eben „äußerst kompliziert".

Dies alles ändert sich auf die eindrucksvollste Weise, wenn man eine Kranken mit neurotischen Miktionsstörungen einer Psychoanalyse unterzieh und damit auf ein anatomisch-physiologisches Verständnis vorläufig ver zichtet. Der Bau des Symptoms erscheint dann oft bis in die unscheinbarste Besonderheiten verständlich. Wir erfahren, daß wir auch vorher nicht un recht hatten, ein Zusammentreffen gar vieler Momente bei dem so einfac scheinenden Vorgang anzunehmen. Aber dieses vielfältige Gebilde stellt sich allerdings in einer anderen Welt von Zusammenhängen, als sinnvolles da: Aussichtslos will es fast scheinen, in dieser anderen Welt die Tatsachen de Anatomie und Physiologie der Miktion, die Qualität und die Intensität de Sinnesempfindungen unterzubringen, noch unvollziehbarer der Versuch, da in der Psychoanalyse anschaulich und verständlich Gewordene in die Vorste lungen der nervösen Zentren und Leitungsbahnen, der muskulösen Effektore zurückzuübersetzen. Aber ein Einheitsbedürfnis der Wissenschaft drängt un hier nichts unversucht zu lassen, und bestimmte Lücken oder Zweifel an der bisher Erreichten ermutigen uns, neue Annahmen zu probieren. Es wird an den Versuch ankommen, unser anatomisch-physiologisches Wissen mit der psychoanalytischen auf eine methodische Art zu verbinden. Wie bei jede echten Methode muß die Fragestellung sowohl aus der Erfahrung entscheid bar wie vor der Logik beständig sein. Tatsachen sollen antworten, ob ein Theorie recht hat oder nicht.

1. Analyse der Miktionshemmung. Die Selbsterfahrung des Kranken.

Das Symptom, welches unseren Kranken A. in Behandlung geführt hat, war eine seit drei Jahren unter Schwankungen zunehmende Unfähigkeit, auf natürliche und bequeme Weise zu urinieren. Sobald er sich dazu anschickte, ergab sich auch die Unmöglichkeit, den Harn zu entleeren, und es hatte sich der Zustand herausgebildet, daß dies zwar in der Regel zweimal täglich, nach dem Mittagstisch und spät abends, geschah, aber mit großem Zeitaufwand und einer Reihe von störenden Begleiterscheinungen, die ausführlich zu schildern sein werden.[3] Der Kranke wurde einer Psychoanalyse unterworfen und unterzog sich dieser Behandlungsart auch ohne andere Schwierigkeiten, als sie eben in deren Natur selbst liegen.

Ich glaube, daß der Gang dieser Behandlung methodisch und nach den Ergebnissen nichts Außergewöhnliches darbot, was ihre vollständige chronologische und wörtliche Wiedergabe rechtfertigen könnte. Ein erheblicher Teil des Materials wird, soweit Notizen nach der Sprechstunde es zulassen, ohnehin durch die Bearbeitung, welche hier versucht werden wird, genau in der Form zu referieren sein, wie es der Kranke sprechend oder agierend brachte. Diese Bearbeitung selbst wird die protokollarische Reihenfolge der Analyse durchbrechen müssen und zugleich nicht überall dieselbe sein, welche die Fragestellungen der Psychoanalyse mit sich bringen würden. Welcher Art aber diese Abweichungen sind, darf füglich erst am Schluß festgestellt werden. Man darf voraussetzen, die Methode der Psychoanalyse sei heute so durchgebildet und damit die Hauptstücke ihrer Erkenntnis so weit feststehend, daß wir es wagen dürfen, auch von einem anderen Standpunkt aus an Ergebnisse heranzutreten, die vorher durch eine Psychoanalyse gewonnen wurden.

Demnach soll hier unternommen werden, das Symptom, eine Funktionsanomalie der Blasenentleerung, nicht nur daraufhin zu betrachten, wie es psychogenetisch entstanden ist, sondern auch daraufhin, wie die materiellen physiologischen Vorgänge sich abspielen und wie danach die Dinge sich darstellen, wenn wir weder die eine noch die andere Betrachtungs- und Forschungsmethode ausschließen.

Dieser Vorsatz wird, dies ist das erste, was sich hier aufdrängt, vom Kranken unterstützt. Er gerade ist es, welcher eine schon recht entwickelte Ursachenforschung in die Analyse mitgebracht hat. Einen beträchtlichen Teil davon hat er zwar im Verlaufe derselben geopfert. Aber es wird seine Gründe

3) Wir nennen dies im folgenden überall kurz „das Symptom".

gehabt haben, daß A. mit der Ansicht in die Behandlung eintrat, daß der Nervenapparat des Rückenmarks für die Harnentleerung geschädigt sei, daß diese Schädigung die Folge früherer Masturbationen sei und daß die Erkrankung die Strafe Gottes für diese Sünde sei. Man kann sagen: er hat für sein Symptom eine organisch-neurologische Erklärung erster Instanz, die aber in zweiter Instanz sich gabelt in eine pathogenetische Begründung und eine religiöse Deutung. Da A. gläubiger Katholik, erst 20 Jahr alt und streng im Glauben erzogen ist, fällt die Wirkung der Psychoanalyse auf diese Ursachentheorie unvermeidlich zunächst als Zerstörung ihrer sämtlichen Bestandteile aus. Aber die genauere Betrachtung des Ganges der Analyse belehrt uns, diese Zerstörung sei keine so vollständige, daß man später gar nichts mehr von der Darstellung, mit der A. seine Analyse begonnen, erkennen könnte. Die Weise, in der er die Krankheitsentstehung und damit das Wesen seines Symptoms im Laufe der Zeit wahrnimmt und deutet, behält vielmehr doch etwas Übereinstimmendes. Wir werden sehen, daß zwar die Inhalte wechseln, von der Form aber etwas erhalten bleibt.

Wir erwähnen zunächst, daß die Besprechung des Zusammenhanges von Schuld und Symptom diese beiden in eine nähere Verbindung mit dem Vater von A. brachte. Sein Vater nämlich starb vor etwa eineinhalb Jahren, und am Tage seines Todes stellte sich eine Retentio Urinae bei ihm ein, die einen Katheterismus nötig machte. Damals hatte A. den Gedanken, sein Vater müsse nun dasselbe Leiden wie er leiden; ja, er leide es gleichsam für ihn und als eine Sühne seiner, des Sohnes, Schuld. Zwischen Tod und Begräbnis erfüllte ihn die Hoffnung, nun werde er auf solche Weise geheilt sein. Mit der Enttäuschung dieser Hoffnung trat diese Konstruktion zurück. Übrigens tauchte damals noch eine prägnantere Variante der Beziehung zwischen Symptom und Vater auf: „Ich bin schuld, daß mein Vater dies leiden muß." Daß hier eine Reproduktion religiöser Opferideen und eine Art von Verschiebung in der christlichen Erlösungslehre vorlag (der Vater wird geopfert, nicht der Sohn), ist A. damals nicht bewußt gewesen.

Nach dieser Verknüpfung der Bereiche von Symptom und Vater erscheinen kindliche Erinnerungen. Besonders wird die Szene reproduziert, in der er im feierlichen Augenblick des Abendgottesdienstes in der Kapelle, von dem er sich ergriffen fühlt, Stuhldrang verspürte und gelegentlich in die Hosen defäzierte. Es scheint sich etwa um das 6. Lebensjahr zu handeln, in dem er auch, um den Stuhldrang zu unterbinden, eventuell schon masturbierte. Bei der Erinnerung dieser Zeit gerät A. in eine kathartisch zu nennende Erregung und produziert etwa die folgenden Formulierungen: „Die Erziehung

hat mir den natürlichen Bereich, den der natürlichen Dinge (wie defäzieren), verleidet und mich mit Schuldgefühl belastet." „Dadurch ist die Umwelt überstark gegen meinen Ich-Bereich geworden, und ich bin so in den Konflikt gekommen, den Ich-Bereich mit der Umwelt nicht richtig in Einklang bringen zu können." Auf die Frage, wie denn das Wort Erziehung zu verstehen sei und ob die Eltern damit gemeint seien, erklärt A., der Vater gehöre eigentlich mehr zum erziehen-wollenden Umweltbereich, die Mutter mehr zum Ich-Bereiche — „oder genauer: durch sie könnte ich die beiden Bereiche vereinigen".[4]

Man wird sagen dürfen, daß hier die entscheidenden Momente, wodurch die Symptombildung mit dem Verhältnis zu den Eltern verknüpft ist, schon vollständig gegeben sind. Aber es ist bemerkenswert, daß dem als Ödipuskomplex bezeichneten Stoff zunächst ein Ausdruck verliehen wird, den man nicht anders als metaphysisch nennen darf: der Ich-Bereich, der zugleich als der „natürliche" benannt ist, und der Umwelt-Bereich werden als entgegenstehende, aber doch zu vereinigende unter dem Gesichtspunkt der „Erziehung" verglichen, und erst auf eine Suggestivfrage wird die Verknüpfung mit den Trägern dieser Erziehung spezifisch geklärt, ohne daß die sexuelle Seite schon wahrnehmbar wird. Bei späteren Gelegenheiten wird der Gegensatz auch als der zwischen dem „Natürlichen" und dem „Höheren" bezeichnet. Diese Vorform der Ödipusphantasie erweist sich später als die dynamisch wichtigere und eigentlich reproduktive. Wir wenden uns aber an die zunächst eintretende Umformung der Symptombeurteilung durch A.

Während vom Symptom in den ersten Wochen der Behandlung kaum die Rede war, kommen nach dieser Produktion einer „Ich-Umwelt"-Formulierung des infantilen Traumas die Phänomene des Symptoms in hellere Beleuchtung: „Während ich zu urinieren versuche und nicht kann, habe ich das Gefühl, als sei es eigentlich eine geschlechtliche Wollust, die aber verborgen werden müßte, da der, welcher das Urinieren hört, zu sexueller Wollust

4) Anmerkung. Nachdem die technischen Ausdrücke und Begriffe der Psychoanalyse Sprache und Bewußtsein zu durchsetzen begonnen haben, kommt kaum ein Patient mehr unberührt davon zur Behandlung. Unser Kranker hatte eine popularisierende Darstellung ebenfalls gelesen und einen Eindruck davon empfangen. Man kann aber, wie ich glaube, in den meisten Fällen ziemlich sicher unterscheiden, ob seine Äußerungen Klischee sind oder ob sie freier Erinnerung, Assoziation, bezw. der eigenen Formulierung seiner inneren Erfahrung entstammen. Ein aufrichtiger Patient ist sich in vielen Fällen selbst darüber sehr klar und gibt entsprechende Auskunft. A. arbeitete sehr gewissenhaft. Im übrigen besorgen dann literarische Erinnerungen oft das, was sonst der Analytiker tun muß: den Einsatz des wissenschaftlichen Terminus im rechten Zeitpunkt für den zugehörigen psychologischen Erfahrungskomplex.

erregt werden könnte, was Scham und Verbergenwollen erzeugt, aber auch, als ob hier etwas so Gewaltiges passiere, daß die ganze Welt dadurch sich umwälzen müßte." Diese Hemmung sei eben die Strafe für die Onanie; aber er habe so ein Bewußtsein, als sei nun ein neue, tiefere Schuld da statt der alten, denn es geschehe aus Trotz gegen den Vater, der doch selbst schuld daran sei, dadurch, daß er in seiner Erziehung gegen das natürliche Leben feindlich aufgetreten sei.

Vergleicht man diese Stufe der Symptomerkenntnis des Patienten mit der spontan entstandenen früheren, so ist die Rückenmarksschädigung weggefallen und eine Aufspaltung der Schuld- und Bestrafungsgedanken in eine Belastung des Vaters und der eigenen Person eingetreten. An Stelle der organisch-neurologischen Erklärung ist eine psychologische sichtbar geworden und daneben sind die sexuellen Empfindungen der Beziehungsvorstellung (zum Hörer) und der Affekt des Trotzes bewußter geworden. Dazwischen ist der jetzt mehr moralische als religiöse Schuldgedanke erhalten geblieben, aber in eigentümlicher Verschränkung in den Konflikt mit dem Vater eingebaut worden.

Nach wenigen Tagen kommt es bei Wahrung der psychoanalytischen Grundregel zur Bildung wichtiger Phantasien; zu ihrem Verständnis sind einige Vorbemerkungen nötig. Die Mutter von A. starb, als er fünf Jahre alt war. Bis zu diesem Zeitpunkt kann er keinerlei Erinnerungen an den Vater bringen. Als er zehn Jahre alt war, hat sich der Vater wieder verheiratet. Mit dieser Stiefmutter, die, nicht sehr intelligent aber sehr katholisch, ihn zu sehr noch als Kind betreuen und lenken möchte, steht A. auf recht gespanntem Fuß. Er meint, wenn der Vater sich nicht wieder verheiratet hätte, würde er sich um die Kinder mehr bekümmert und sie in der sexuellen Frage und allen anderen natürlichen Dingen besser aufgeklärt haben; dann wäre es auch nicht zur Neurose gekommen. Er habe den Vater früher sehr geliebt, seit seinem Tode aber nur zwei- oder dreimal warme Liebe zu ihm empfinden können.

Der Kranke assoziiert: „Ich denke eben an den Tod meines Vaters, wie ich stundenlang am Bett saß und weinte. Ich weiß noch, wie die Mutter im Krankenhaus lag und wie ich einmal eine lange (10 cm) Wunde an ihrem Oberschenkel sah; wie im Korridor ein langes, rotes Linoleum lag und eine Stufe da war. Wie sie zu Weihnachten schon an der Krücke im Hause herumlief. Ich stelle mir vor, wie das Sterbezimmer der Mutter hätte aussehen können (wir waren bei ihrem Tode nicht dabei, erfuhren es erst am andern Tage), wie sie im Bette liegt, es ist eine Kerze da; das andere ist nicht deutlich. Jetzt bin ich ganz herausgekommen" (schweigt). Auf die Frage wo-

durch?, was fiel Ihnen ein?: „Meine Genitalien. Die kommen in Verbindung mit den Genitalien einer Frau. Kommt mir der Gedanke, daß ich doch auch von einer Frau geboren bin. Ich habe den Gedanken an die Koitusstellung einer Frau. Sehe auch eine säugende Brust. Jetzt ist ein Wirrwarr zwischen Geburtsakt und Zeugungsakt. Kann das Bild meiner Mutter von dem der Frau nicht deutlich trennen. Als ob mein Vater den Koitus mit der Mutter ausführte. Als ob ich die Frau umarmte und den Koitus mit der Mutter ausführte. Jetzt war eben so ein Gefühl, wie wenn ich urinieren will (und nicht kann). Kommt der Gedanke, daß ich schon öfters bei Eintritt des Symptoms dachte, wenn mein Vater mich nicht gezeugt hätte, hätte ich jetzt nichts mit dieser Geschichte zu tun. Der Vater ist in der Koitusszene auch dabei, er lächelt halb abweisend. Eben fällt mir ein: Jugendbriefe. Daß mein Vater in seiner Brautzeit auch sein Mädel hatte und es dann heiratete. Das ist erhebend für mich. Als ob ich mich durch seine Braut und daß er auch ein Mädchen habe, zu einem Mädchen gefühlt bezöge.[5] Daß ich eben dadurch ein erhebendes Gefühl bekäme, daß ich auch der Frau nicht wie etwas unerreichbar Überlegenem gegenüberstehe, sondern auch von einem Mädchen gern gehabt würde — ich meine nicht nur sexuell, sondern eben richtig geliebt. Daß ich bei meiner Schwester nie das Gefühl hatte, daß sie auch eine Frau sei." In der folgenden Stunde äußert A.: „Auf dem Heimwege (von der Sprechstunde) fiel mir ein: da hast du ja den ganzen ‚Ödipuskomplex' vorgebracht."

Man wird diese Phantasien den früheren, von uns als „metaphysische" bezeichneten, als die bildhafte Darstellung desselben Stoffes, oder wohl richtiger: derselben Dynamik, gegenüberstellen dürfen. Wir verweilen nicht bei dem Eindruck der großartigen psychologischen Folgerichtigkeit im Sinne der Psychoanalyse, sondern wenden uns nur zu der einen Tatsache, daß der freie Fluß dieser Phantasien an zwei Stellen unterbrochen erscheint: 1. beim Übergang von einer (nach Art eines Traumes) zensurierten Darstellung des mütterlichen Geschlechtsbildes zu der unverhüllten Ödipusphantasie; hier bricht die Vorstellung der eigenen Genitalien durch; 2. im Kulminationspunkte der Ödipusphantasie selbst; hier bricht das körperliche Symptomgefühl in seiner sinnlichen Aktualität durch. Diese beiden Unterbrechungen spiegeln offenbar die Stufung des zensurierten und des unverhüllten Ödipusbildes in ihrem eigenen Inhalt wieder: es ist ein Unterschied zwischen der

5) Sic. A. wollte sagen, „bezogen fühlte". Die Fehlleistung drückt sehr schön die Vertauschung der Unmittelbarkeit des Fühlens mit der Mittelbarkeit des Bezogenseins aus. Vgl. dazu S. 104 f.

vermutlich nur optischen Vorstellung der eigenen Genitalien und der sinnlichen Empfindung eines realen spezifischen Vorganges an ihnen anzunehmen. Betrachtet man den Stellenwert des letzteren im Verlaufe der Phantasie, so läßt sich sagen: die mehr moralische oder moralpsychologische Verknüpfung des Symptoms mit der feindlichen Rolle des Vaters, wie sie im Anfang dieses Berichtes (S. 21) als Aussage A.s erzählt war, ist hier ersetzt worden durch eine rein zeitliche Sukzession, die der Kranke nicht als Verknüpfung, sondern im Gegenteil als Unterbrechung eines Zusammenhanges wahrnimmt. Greifen wir unserer Darlegung ein Stückchen vor, so können wir behaupten: die früher von ihm gedachte oder gefühlte Verknüpfung habe er mit Erreichung der krassen Phantasie selbst nicht mehr gedacht oder gefühlt, sondern getätigt (agiert).

Von hier wenden wir uns weiter zu den hiernach eingetretenen Fortschritten der Symptomerfahrung des Kranken. Sie werden eingeleitet durch einen Traum, der überhaupt der erste ist, den A., offenbar immer ein sehr schlechter Träumer, in der Analyse bringt: *Er steigt mit dem Mädchen, das er gerne hat, und einem Kommilitonen in ein reserviertes Eisenbahncoupé. Er macht ihr den Hof, küßt ihr den Arm, dann den Hals und fragt, ob er noch weiter gehen dürfe und was es kosten würde? Im Nebenabteil ist ein älterer Herr, der herüberkommt und das Mädchen geil ansieht. Es gibt eine Prügelei, A. schlägt dem Herrn mit dem Stock auf den Kopf, dieser ihn mit dem Schirm. Nun sieht er, daß dem Herrn der Hosenschlitz offensteht, und als es ihm klar wird, daß der Herr sexuelle Absichten auf das Mädchen hat, empfindet er ein Gefühl der Befriedigung. Es fällt ihm (im Traume) auf, daß er nun gar keine Libido mehr zu dem Mädchen empfindet; es ist für ihn ganz neutral.*

Die Durcharbeitung des Traumes bringt ein Moment, welches hier nur zu streifen ist, wiewohl es eine Bemerkung enthält, die aus dem Munde eines der psychoanalytischen Literatur unkundigen Patienten interessieren muß. Nachdem er den allgemeinen Sinn des Traumes mühelos assoziiert hat (der ältere Herr hat Ähnlichkeit mit seinem Vater), drückt er nämlich seine Verwunderung aus, daß diesmal aus der Unterdrückung der Libido gar keine Angst, sondern Befriedigung entstand. Es stellt sich heraus, daß A. den Zusammenhang zwischen Libidounterdrückung und Angst bisher unwillkürlich anzunehmen pflegt. Er bringt dann weitere Argumente, die Verwandtschaft mit denen haben dürften, welche Freud in „Hemmung, Symptom und Angst" zur Begründung seiner veränderten Angstlehre geltend macht. Patient A. empfindet nämlich eine plötzliche Beklemmung, als er assoziiert, wie

er während der letzten Krankheit seines Vaters durch die Pflege gezwungen wird, dessen Penis zu berühren, um die Urinschüssel vorzulegen. Bei dieser Erinnerung bekommt er ein Gefühl, welches ähnlich der Beklemmung ist, die mit dem Symptom einhergeht. So scheint A. hier den Vater- und Autoritätsbezirk als Angstquelle für die Neurose zu entdecken. Dem peinlichen Gefühl der Abneigung bei jenem Pflegerdienst war dann eine Befürchtung, der Vater könnte in seinem Sohn homosexuelle Neigungen vermuten, und ein Neid, daß der Vater ein Glied habe, mit dem er urinieren kann, beigemischt. (Es sei noch die Besonderheit angemerkt, daß A. von jeher von der Vorstellung beherrscht war, sein Glied sei zu groß,[6] man könnte es durch die Hose wahrnehmen und er könnte sich damit keinem Mädchen zeigen.)

Diese Ergebnisse leiten, wenn wir die Fragen der Homosexualität[7] und der besonderen Form der Kastrationsangst[7] übergehen, dazu über, wiederum die Stellung zu betrachten, die der Kranke nunmehr zu seiner Krankheit einzunehmen bereit wurde. Dabei wird zu berücksichtigen sein, daß die Behandlung zwei Momente inzwischen neu eingeführt hat. Das eine ist, daß in ihr spezifische, mit dem Symptom verknüpfte Körpergefühle und affektive Zustände in einen Kontakt mit vorgestellten sexuellen Beziehungen zu Mutter und Vater geraten konnten. Das andere ist, daß die Behandlung eine gewisse intellektuelle Erziehung oder Beeinflussung im Denken des Patienten vornehmen konnte, die zwar ohne den psychoanalytischen Vorgang in ihm wirkungslos geblieben wäre, die aber ihrer besonderen Form und Ausdrucksweise nach nicht aus ihm allein, sondern ebenso vom behandelnden Arzt aus entstand. Eine solche aktive Seite der Therapie kann z. B. schon darin erblickt werden, daß die Schädigung des Rückenmarks durch Masturbation oder die abnorme Kleinheit des Penis in bestimmter Form vom Arzte verneint wurde. Wichtiger ist, daß Bemerkungen in die Analyse eingeschaltet wurden, die dem Kranken erklärten, welche Rolle die Vorstellung der Strafe Gottes oder, nach deren Preisgabe, sein Ideal-Ich in der Konservierung der Neurose gespielt hatten. Es wurde ihm klargemacht, daß es sich um Verknüpfungen handelt, die weniger einer religiösen Demut oder einer Gewissenhaftigkeit entspringen, als vielmehr um psychologische Selbsttäuschungen, die im Dienste der Neurose, nicht jener Ideale, stehen. Um nun zu verstehen, daß der Kranke solche Deutungen sich zu eigen machen konnte, muß wieder

o) Objektive: normal. Vgl. S. 30.

7) Vgl. die Entwertung des Weibes durch seine Käuflichkeit im Traum. Das Ideal des kleinen Penis erwies sich später als Tendenz zur Identifizierung mit einem Weibe.

ein Stück von der sinnlichen Erlebnisweise des Symptoms geschildert werden, woran aber auch der Aufbau der Neurose deutlicher wird.

Es wurde berichtet, daß A. den sexuellen Wollustcharakter, der im Symptom lag, sich eingestanden hatte. Genauer lagen die Dinge so, daß beim Versuch zu urinieren statt des Harnstrahls sich ein eigentümlicher Schließkrampf einstellte, und eben dieser war mit einer dem Orgasmus ähnlichen Empfindung verbunden; auch pflegte das Glied sich in halber Erektion zu befinden. Nach dieser Klärung drückt sich der Patient etwa so aus: bei ihm sei die urinale und die genitale Funktion „zusammengeflossen"; sein Versuch, sie nunmehr wieder zu trennen, begegne einem „starken Widerstand: es ist mir, als zöge eine Kraft die beiden zusammen." Bei dieser Gelegenheit taucht zum erstenmal eine merkwürdige Phantasie auf, deren Typus noch eine große Rolle spielen wird. Ihm scheint, als müßte zur Erzielung der besagten Trennung eine Art von metallener Scheibe von der Form eines aufrechten Quadrates von oben herunter zwischen das Urinale und das Genitale eingeschoben werden. Diese Scheibe wird genau als von braungelber Farbe und zirka 25 qcm beschrieben. Solche materialistische und dynamische Vorstellungen bestätigen zwar, daß der körperliche Charakter des Symptoms sich nach wie vor kräftig behauptet. Aber es ist doch mehr an konstruktiver Anschauung in ihnen, als man sonst bei einem Harndrang oder einer Hemmung der Miktion durch die Gegenwart eines anderen Menschen empfindet. Dieser Kranke hat ein offenbar sehr viel reicheres sinnliches Erlebnis dabei. Wir müssen dies in Rechnung ziehen, wenn wir nun den Anblick von der anderen Seite damit vergleichen, welchen das Symptom im Denken des Patienten bekommt. Hier ist die entscheidende Veränderung zu bemerken, daß der Kranke das Symptom als etwas von ihm selbst Hervorgerufenes wahrzunehmen beginnt. Der Weg, auf dem dies erfolgt, ist etwa dieser: Daß die Miktionshemmung etwas mit der Geschlechtsfunktion zu tun hat, war A. ja auf mannigfaltige Weise deutlich. Er hatte allerdings nicht bestreiten können, daß die Deutung dieses Zusammenhanges als Strafe Gottes für den sexuellen Mißbrauch nicht ganz konsequent war und daß diese Art von naiver Gläubigkeit schon längst und vor der Behandlung von ihm halb preisgegeben war; auch daß seine kirchlichen Beziehungen recht abgekühlt waren; endlich war es vielleicht nicht ganz logisch, daß das Symptom genau in dem Zeitpunkt aufgetaucht war, zu dem es ihm gelang, die Onanie zu unterdrücken.[8] Dafür hatte er aber ein anderes System von Wertungen aus-

8) Von einer völligen Enthaltung kann keine Rede sein. Es kommt auch hier weniger auf das de facto als auf die psychische Wertigkeit der Fakten an.

gebildet, welches weniger mit der Straftheorie als mit den christlichen Lebensidealen zusammenhing. Es lautete ungefähr so: Nicht nur die Hemmung des Urinierens wird zwar qualvoll, aber auch orgastisch empfunden; auch das Urinieren selbst ist zwar erleichternd, aber auch belastend. Denn ihm ist, „als ob ich im Urinieren etwas verlöre, was für die Erhaltung des Selbstgefühls nötig wäre". „Als ob ich mit dem Urin einen Teil meines Ichs, meines Selbstbewußtseins verlöre. Als ob das Nichturinieren etwas Höheres, etwas über die, welche urinieren, Erhebendes wäre und weil mit der Enthaltung davon eine Vergeistigung verbunden wäre." Diese Wertung war zur Zeit der Symptomentstehung noch nicht vorhanden. Damals beneidete er die, welche urinieren können. Er hat also aus einer Minderwertigkeit eine Höherwertigkeit gemacht und das Symptom vergöttert. Der Sieg über die Selbstbefleckung will auch eine Palme haben.

Nun ist der Kampf gegen die Masturbation bei ihm erst mit der Pubertät oder richtiger wohl mit der bewußten Richtung der sexuellen Empfindung auf das andere Geschlecht in voller Stärke entbrannt. Die Enthaltung nicht nur vom Weibe, sondern von unkeuschen Phantasien war strenges Gebot seiner Erziehung. Vor dem Verbotenen aber hatte A. auch Angst. Seine Gefühle gegenüber weiblichen Personen bestanden aus einer ungeheuren Beschämung vor Wesen, die ihm ihrer Natur nach als schlechthin überlegen und höherstehend erschienen, der noch die Scham über die Onanie beigemischt war. Mit der Symptombildung hat sich dann die Anknüpfung dieses Wertsystems vom genitalen auf den urinalen Bereich übertragen. Schließlich hat die Einschränkung immer mehr auf diesen zweiten übergegriffen. Im Religionsunterricht war ja verboten worden, das Glied außer im notwendigsten Falle zu berühren. Alles mit dem Urinieren Zusammenhängende sei ja verpönt gewesen. Bei Urinwitzen habe er immer ein sonderbares schamhaftes L a c h e n bekommen. Als wäre es eben nicht erlaubt und ihm nicht möglich gewesen, seine wahre „Natur" (vgl. den Wortgebrauch S. 21) zu zeigen usw. Zahlreiche Schulerinnerungen illustrieren das Schwanken zwischen Genital- und Urethralerotik und die Übertragung der Verpönung vom Sexuellen auf das Urinale. A. gewöhnte sich den Frühstückskaffee und alle Flüssigkeitsaufnahme ab und erreichte die Beschränkung auf zwei Miktionen am Tage.

So haben wir erkannt, daß die Urinentleerung nicht nur gewollt, aber nicht gekonnt war. Sie war überdies befürchtet als Ich-Verlust, sie war verpönt als unreines Naturgebiet und die Einschränkung des Wasserlassens war sanktioniert als Beweis einer höheren Vergeistigungsstufe. A. ist sich der

Absurdität dieser Gedanken völlig bewußt und sie durchsetzen sein Krankheitsgefühl nur, wie eine feine Maserung das Holz durchsetzt. Er ist sich jetzt klar darüber, daß dieser Mut zu der höheren Stufe eine Angst vor der Geschlechtlichkeit und diese wiederum die Furcht vor dem Weibe war. In einem etwas späteren Stadium der Analyse, als das Befinden wesentlich gebessert war, äußert A. den Wunsch, daß er „beim Urinieren doch etwas haben möchte, woran er sich halten könnte". Auf die Antwort, die Psychoanalyse sei keine Weltanschauung, woran man sich halten könne, beklagt A. den Verlust seiner früheren Stützen in der Vaterliebe und der Religion und kehrt dann zu dem Urteil zurück: das Urinieren sei sozusagen das Legale, das Geschlechtliche das Illegale. Man bemerkt leicht, daß dies nur ein halber Rückzug von der Linie der Verherrlichung des urethralen Bezirkes ist: statt des Nicht-Urinierens soll jetzt das Urinieren einen höheren Wert bekommen.

Überblickt man dieses Material, so treten drei Eigentümlichkeiten hervor, welche gegenüber der neurologisch-religösen Deutungsstufe eine Wandlung einleiten können. Die erste ist, daß im sinnlichen Erlebnis des Symptoms die positive Lustqualität des Orgasmus halb verborgen steckt. Die zweite ist die Aufdeckung eines Wertsystems, dessen Vorzeichen denen der neurologischen Krankheitsdefinition genau zuwiderlaufen. Die dritte ist, daß eben dadurch eine Willensproblematik in bezug auf das Symptom auftaucht, die etwa lautet: ich kann nicht (sc. urinieren), wenn ich will, aber daß ich es nicht kann, befriedigt doch gewisse andere Wünsche. Daß ihm also das Symptom einen gewaltigen Dienst erweist — dieser Einsicht verschließt sich A. nicht mehr. Dies geht z. B. aus einer Äußerung hervor, die sich an die Deutung des früher erzählten Traumes anschloß. A. versteht ganz gut, daß seine Befriedigung nach dem Übergang des Mädchens zu dem älteren Herrn nicht so unerwartet ist. Der „Vater" leistet ihm dazu Hilfe, aus der gefährlichen Neigung zum Weibe, die mit Angst gemischt ist, zu entwischen. Er hat ferner den Hinweis des behandelnden Arztes anerkannt, daß dieser Dienst derselbe ist, den ihm der Mißbrauch der Gottes-Idee geleistet hat, welcher ihm durch Verhängung des Krankheitssymptoms gestattete, immer zu sagen: solange ich krank bin, kann von so etwas wie Frauenliebe keine Rede sein. Und er sieht auch klar, daß es nicht anders mit diesem Mißbrauch wurde, als statt dessen sein Ich-Ideal ihm einflüsterte, er sei gegenüber denen, die urinieren und geschlechtlich sich betätigen, bereits auf einer höheren Stufe der Vergeistigung angelangt. Der Widerspruch dieser Einbildung mit dem kläglichen inneren Zustande ist zu kraß, als daß sie aufrechtzuerhalten wäre, nachdem einmal die versteckte

Sexualisierung des urethralen Bezirks aufgedeckt ist. Daher ist es ein kleiner Schritt, den A. aber nun ganz selbständig tut, indem er äußert: „das Symptom tut mir ja eigentlich auch diesen Dienst". Von hier bis zu den Erlebnis: ich mache das Symptom, von dem ich immer meinte, ich hätte es, ist nun freilich ein Stück Weges — ein Stück, in dem noch fast das ganze Rätsel einer Neurose verborgen steckt. Wir halten daher hier nur soviel fest: die Analyse hat A. gewisse assoziative Verknüpfungen erfahren lassen und ihm gewisse Erkenntnisse zugänglich gemacht, die seine früheren Symptomerklärungen beinahe umkehrt: nicht das Symptom hat ihn krank gemacht, auch nicht eine andere Instanz außer ihm, sondern er hat das Symptom gebraucht. Die Umkehrung der Kausalitäten, die darin liegt, wird unsere Darstellung noch eingehender beschäftigen.

2. Das Paranoid und das Bild des Kreises.

Vorerst sind wir aber noch nicht am Ende der Wiedergabe der vom Kranken selbst produzierten Selbsterfahrungen. Es wurde bereits kurz erwähnt, daß er im Verlauf der Behandlung zu merkwürdigen Phantasien von materialistisch-dynamischer Beschaffenheit überging. Als Überleitung zu diesen können aber wiederum weitere Einzelheiten der Sexualanalyse des Symptoms selbst dienen. Wir geben sie nicht in der Reihenfolge ihres Hervorkommens in der Analyse, sondern in biographischer Ordnung wieder.

Etwa im zwölften Lebensjahre habe er oft „Kuhle gespielt", das heißt, er stellte sich nackt auf alle Viere und melkte am Penis. Ob er dabei Urin ließ, weiß er nicht, jedenfalls gab es noch keine Ejakulation, doch meint er, damals habe die Zurückhaltung des Harns schon eine Rolle gespielt. Wir haben nach A.'s Angaben jedenfalls folgende Stufen in der Zeit anzunehmen: 1. einfache Miktion, 2. Masturbation ohne Ejakulation, mit Miktion verknüpft, 3. Masturbation ohne „Symptom" mit Ejakulation, 4. Symptom ohne Masturbation und ohne Ejakulation mit orgastischem Charakter. Trotz der mannigfachen Beziehungen der Miktion zur Sexualität erzählt der Kranke doch die eigentliche Entstehungsgeschichte seiner Unfähigkeit zu urinieren als ein scharf begrenztes einmaliges Ereignis. Einmal habe er eine große Ausstellung besucht. Er war an diesem Tage von einem sonderbaren Geiz befallen, als ob alles wertlos würde, was er kaufte, und als ob er sein Geld für spätere Krankheit sparen müßte. „Geradezu masochistisch" habe er sich alle Vergnügungen dort verkniffen und förmlich Lust an dem Sich-versagen gefühlt. Schließlich habe er doch einige Lose gekauft. Er bekam dann starken Blasendruck, aber auf dem Pissoir zeigte sich in

Gegenwart mehrerer anderer: er konnte nicht urinieren. A. meint, er habe eben nicht urinieren können, weil er zu sehr habe urinieren wollen. Das sei, so wie er immer habe mehr gelten wollen, seine Stellung nach außen mehr geltend machen wollen, als seinem wirklichen inneren Sein entsprach. Als ob er geradezu ein Lügengewebe, in das er sich nach außen eingesponnen, hätte zerreißen müssen — und nicht können. Immer sei es gewesen, als müßte er seine Stellung gegen die anderen wahren. Wieso das gerade mit dem Urin geschehen sollte? Weil eben alles mit dem Glied Zusammenhängende immer verpönt gewesen sei. Es folgen die S. 27 zitierten Äußerungen. Dann: die anderen, die Schulkameraden, hätten diese Rolle der Aufsicht und Bevormundung gespielt, immer habe er ihnen gegenüber seine Stellung wahren müssen. Die Autorität des Vaters ist gewissermaßen auf den Lehrer und dann die Mitschüler, schließlich überhaupt auf „die anderen" übergegangen. In der heutigen Entwicklung hat die Vorstellung, beim Urinieren belauscht zu werden, eine entscheidende Rolle übernommen. Hier tritt diese heute nahezu wahnhafte Beziehung zum erstenmal in Umrissen in den Schatten des Autoritätskomplexes. — A. erinnert sich dann, daß er schon vor diesem ersten Ausbruch des Symptoms die Furcht gehabt, man könne im Abort sein Glied und dessen vermeintliche Deformierung durch die Onanie sehen und Rückschlüsse ziehen. Schon damals habe er dann Trotz und Haß gegen die anderen empfunden, und auf jener Ausstellung sei er ebenso wütend darüber gewesen, daß die anderen noch im Pissoir da waren, nicht weggingen. Auf die Frage, ob denn zur Zeit vor der Fusion des Genitalen und Urinalen das Wasserlassen ganz „natürlich" war, bringt Patient folgendes: „Ich erinnere mich, daß ich beim Wasserlassen ein bißchen masturbierte, weil ich so gewissermaßen durch das Natürlich-notwendige das andere rechtfertigte, das Angenehme und das Nützliche verbinden konnte und das Ganze nicht zu beichten brauchte." Assoziiert weiter: „daß beim Wasserlassen der Vater nebenan in der Küche wäre und kommen, mich strafen oder prügeln würde; daß ich das Glied öfters zwischen die Beine klemmte, um wie ein Mädchen zu sein". Er bemühte sich auch, weibliche Brüste an sich vorzustellen, und hat sich einmal die Schamhaare abgeschnitten, um weibähnlich zu sein. Noch jetzt setzt er sich beim Urinieren meist auf die Klosettschüssel. „Daß ich weit weg von der Schüssel stehe, um in großem Bogen hineinzutreffen, weil ich das Gefühl hatte, das noch besser zu können wie mein Vater, daß aber meine jetzige Mutter kam und schalt, weil ich danebentraf. Jetzt fällt mir die Bettschüssel ein, die bei der Krankheit meiner eigenen Mutter benutzt wurde, und daß sie noch da war, wie mein Vater starb; daß sie einen Stiel hatte,

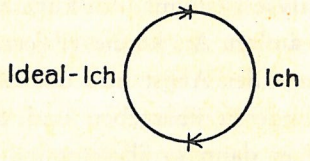
wie er nur von Männern benutzt werden kann. Daß ich im Liegen nicht urinieren kann; daß man bei der Bettschüssel das Uringeräusch nicht hört. Als ob mein Vater da wäre und sich eindrängen will, als ob das sein Bereich hier wäre. — Jetzt höre ich ‚Mama' rufen — die Brust — ganz leicht — Euter — Tripperspritze — mit der Tripperspritze ist eine Störung eingetreten. Ich hatte das Gefühl, als ob ich jetzt gerade am letzten wäre. — Eben kam noch so etwas um das Euter herum, als wäre es ein Mittelglied zwischen Brust und Penis." Während hier die Angleichungstendenz mit einem Weibe und eine immer größere Annäherung weiblicher und männlicher Anatomie bis zur Verschmelzung bemerkbar wird, läuft auch eine deutlichere Enthüllung homoioerotischer Zeichen. Wir haben sie schon beim Bericht über den Tod des Vaters erkannt. Bei ihrer Aufdeckung entwickelt sich auch eine erhebliche negative Übertragung auf den Arzt vom Charakter feindseligen Mißtrauens. Mit ihnen hängt auch die gelegentlich und in Umkehrung der sonstigen Überschätzung der Frau entstandene Entwertung desselben zusammen (vgl. seine Käuflichkeit im Traum; Verhältnis zur Stiefmutter). Andeutungen von Zeigetrieb treten hervor, vielleicht auch in einer nervösen Geste, die regelmäßig auftaucht, wenn A. in verlegener Stimmung ist: er pflegt dann seine Gamaschenknöpfe auf- und zuzuknöpfen. Er kann auch die sinnliche Anziehung konstatieren, welche die bloßen Knie eines Knaben in diesen Tagen auf ihn ausgeübt haben.

Im Anschluß an alle diese Klarstellungen berichtet der Kranke eine sehr erhebliche Besserung, die sich vor allem auf die Beeinträchtigung durch „die anderen" beziehe. Diese Beziehungsideen zu den Leuten, die ihn bei seinem Urinieren beeinträchtigen und die er dadurch aufregt, seien ganz schwach geworden. Ebenso die fixe Idee, die er besonders auf Spaziergängen hatte: er habe bisher gar keine Freude an der Naturschönheit mehr gehabt, weil er immer „das Kommen des Menschen, der ihn wegen der Urinsache verlache", verspüre. Dieser Mensch wird geschildert als einer, der die Welt in sich hat, der ihn verspottet, bedrängt, verfolgt und gegen den er trotzt, sich auflehnt usw. Wir haben uns in der Analyse gewöhnt, ihn kurz als „den Pan" zu bezeichnen. — Im Symptom, so äußert A., könne er jetzt deutlich die zwei Teile unterscheiden: die Sache mit der Angst und das Geschlechtliche. Der Vater habe die Vorwürfe den anderen übergeben und durch die Erziehung und dann die Masturbation sei er dann so überempfindlich geworden. Ausdrücklich wird jetzt von ihm betont, daß die Beziehung zu „den anderen" etwas Homosexuelles an sich habe und daß dies eigentlich etwas mit der Masturbation zu tun habe. Insofern eben er, weil er nicht lieben könne,

den Urin behalte und durch das Dabeisein eines anderen die Spannung zur Frau entlastet werde. In diesem Satz drängt A. einen großen Teil der Dynamik seiner Neurose zusammen. Wir erhalten in ihm auch wohl die Deutung des stummen Zeugen seiner Traumszene: des „Kommilitonen". Er erinnert auch an die Angabe, daß er überhaupt seine Beziehungen zu anderen Menschen sich oft sexuell vorstellen müsse, daß aber, wenn z. B. ein Mitreisender einen Gegenstand, etwa einen Koffer, bei sich habe, er entlastet sei. — A. assoziiert dann noch einen Schulkameraden, dessen Name ihm gestern abend, als das Symptom auftrat, eingefallen sei, der ihn tatsächlich einmal beim Onanieren überraschte, wobei er aber nicht Scham, sondern nur Zorn und Trotz empfunden habe.

Darauf: er habe jetzt plötzlich die „sonderbare Idee", daß, wenn er „die Vorwürfe", das heißt „den anderen liebend in sich aufnehmen und gleichsam demütig annehmen könnte", er das Symptom verlöre. Die Vorwürfe wären dann eigentlich keine Vorwürfe mehr. Etwas später: „jetzt habe ich die sonderbare Idee, wenn ich die Vorwürfe in die Blase hineinleiten könnte, daß dann der Urin ungehindert ablaufen könnte". Nachdem A. leicht erkannt hat, daß es sich hier eigentlich um etwas wie die Vater-Identifizierung und die mit ihr entstehende Über-Ich-Bildung, jedenfalls um etwas ähnliches, wie das Verhältnis von früherer Straftheorie und späterer Selbstbestrafung durch das Symptom handelte, bringt er folgende bemerkenswerte Phantasie: das sei wie ein Kreis: der Träger der Vorwürfe wolle vorn in der Herzgegend in ihn hinein und durch seinen Widerstand entstehe das spannende Gefühl vom Herzen zur Magengegend, das sich von da an den Blasenmuskel begebe und dort mit dem Urin hinauswolle. Sein Ich wolle eigentlich den anderen (die Vorwürfe) nicht hier aufnehmen, sondern ihnen von hinten in den Rücken kommen und so treibe eins das andere im Kreise herum. Er zeichnet darauf mit dem Finger die folgende Skizze auf den Tisch:

1. Skizze des Kranken.



Ergänzen wir das vorher Gesagte, so wäre die störende Kraft am oberen Pol des Kreises entstehend zu denken, dort, wo der Ideal-Ich-Bogen auf den Ich-Teil der Kurve vordringt.

Befragt, was das „liebend in mich hineinnehmen" eigentlich sei, erklärt A.: das habe etwas mit dem anderen Geschlecht zu tun. Wieso dies? „Weil da die Sache in Ordnung wäre, weil das das Natürliche wäre". Und auf die Frage: „weil dann Gebot und Lust dasselbe erstreben?" kommt seine Antwort: „Ja!" Befragt, was die Blase dabei für eine Bedeutung hat, erklärt er, „weil sie ja immer noch Träger des Geschlechtlichen ist". Auf den Widerspruch aufmerksam gemacht, daß er doch immer davon sprach, daß „d e r" andere liebend aufgenommen werden müßte, besteht er darauf, das habe etwas mit dem Weibe zu tun, „weil das doch wie ein Umarmen ist". — Es war dies nicht das erstemal, daß im Symptomgeschehen selbst, das heißt in dem Widerstreit zwischen Urinieren und Nichturinieren, sich undeutliche Hinweise zeigten, dieser Widerstreit sei selbst bisexueller Art. Darum sei hier eine Äußerung angeführt, welche gelegentlich einer Erörterung des Angstgefühls im Symptom fiel. A. meint, es sei eben doch dasselbe, welches er früher in der Schule vor dem Vater gehabt. Die Angst gehe vom Penis aus, strahle von da in die Umwelt; sie sei eben Angst vor dem Sexuellen des Symptoms. Das sei freilich ein „umgewandeltes" Sexuelles, weil es eben am Urinieren hafte und sich nicht auf die Liebe zum weiblichen Geschlecht beziehe. Alsdann: Das Gefühl der Einzwängung vorn im Gliede sei wie eine S k y l l a u n d C h a r y b d i s. (Bekanntlich Schlange und Wasser.) Nimmt man diese Andeutungen mit dem Folgenden zusammen, so ergibt sich bald eine definitive Deutung des Symptoms. Was aber seine Erklärung betrifft, so hat A. mit der Formulierung „weil er nicht lieben könne, behalte er den Urin" die endgültige Umkehr seiner voranalytischen Ursachentheorie vollzogen.

Die Reihe der Verbildlichungen des Symptoms ist mit der Kreissymbolik keineswegs abgeschlossen; der weitere Verlauf der Analyse bringt eine beträchtliche Ausgestaltung derselben. Der zuletzt angedeutete Widerstreit männlicher und weiblicher Bestimmungen wird dabei treibendes Element. Da im gegenwärtigen Zusammenhang die Frage der bisexuellen Spaltung nicht im Mittelpunkte steht, soll hier nur das Ergebnis der Analyse skizziert werden; für die Begründung muß auf einen späteren Abschnitt verwiesen werden. Es läuft darauf hinaus, d a ß d i e B l a s e d i e B e d e u t u n g d e r G e b ä r m u t t e r, a l l g e m e i n d e r m ü t t e r l i c h e n H ü l l e, a n n i m m t, w ä h r e n d d e r o r g a s t i s c h e V o r g a n g d e s B l a s e n v e r s c h l u s s e s e i n e r n a c h d e r B l a s e z u g e r i c h t e t e n S e l b s t b e g a t t u n g g l e i c h k o m m t. Indem so der Kranke im Symptom sich sowohl als Mann wie als Frau verhält, erzielt er die Auflösung

aller durch seine Erzeugung sowohl wie seine Fortpflanzung gesetzten Widersprüche und Anforderungen durch den Akt seiner narzißtischen Neurose. Sie ersetzt ihm die schmerzliche Ablösung von den Eltern ebenso wie das Opfer, das ihm eine Nachkommenschaft auferlegen wird. So wird er durch die Neurose zeitlos.

Es ist ein Mangel unserer Darstellung, daß wir diese Problemlösung vor ihrem Beweise bringen und zur Verarbeitung des bisher mitgeteilten Stoffes verwenden. Ließe sich das zwar rein stofflich durch eine Umgruppierung auch vermeiden, so wäre doch eine tiefere Schwierigkeit jeder gleichsam nur eindimensional fortschreitenden Analyse von Lebenserscheinungen damit nicht behoben, ja sogar verdeckt. Sie besteht darin, daß das jedesmal letzte Glied einer Erscheinungsreihe zwar die Bedeutung vorhergehender Glieder aufdeckt, zugleich aber selbst einen Zusammenhang ausdrückt, der erst in folgenden Reihen sich enthüllen wird. Jedes Abbrechen muß also sinnstörende Wirkungen haben. Wir ziehen daher vor, diesen Mangel recht sichtbar zu machen, ehe wir zusammenfassend und kritisierend einen ersten Ertrag für das Problem der Harnentleerung als solcher aus diesem Stoff einzubringen versuchen. Einen damit zusammenhängenden und in den Augen des Kritikers ernsteren Einwand müssen wir daraus erwarten, daß beim Kranken das Symptom hier noch nicht behoben ist. Wir haben indes in der Heilung von einem Symptom nicht unbedingt ein besseres Kriterium für die Richtigkeit analytischer Erkenntnisse, als in dem inneren Zusammenhang dieser Erkenntnisse selbst. Die vorzügliche Selbstwahrnehmung des Kranken bedingte, daß er in allen wichtigen Punkten diese Erkenntnisse aus sich selbst schöpfte und damit der „Deutung" durch den Arzt wenig zu tun übrig ließ. Man kann sich also mit der Feststellung begnügen, daß seine Selbstwahrnehmung ihm einen guten Teil dessen lieferte, was die Psychoanalyse „lehrt". Trotzdem sei hier vorweg bemerkt, daß sowohl das „Paranoid" wie das „Symptom" im weiteren Laufe der Behandlung so gut wie völlig verschwunden sind.

3. Physiologisches Schema und Selbstwahrnehmung.

Die Psychoanalyse eines Falles von Störung der Harnentleerung wird, mag man auch den (wie wir glauben hier vergeblichen) Versuch machen, das einfach Gefundene von der sogenannten Deutung zu trennen, jedenfalls soviel beweisen, daß der Vorgang der Harnentleerung selbst so verborgenliegende, unerwartete Angriffspunkte für eine Störung darbietet, daß wir nicht mehr hoffen dürfen, ihn als einfachen Reflex hinreichend verstanden zu haben.

Darauf, daß die Relation: überschwelliger Reiz — motorischer Effekt für sich allein kaum zwei wirklich beobachtbare Abläufe unter eine Regel zu bringen erlaubt, ist schon hingewiesen worden. Pawlows Begriff eines „bedingten Reflexes" hat zwar das Verdienst, diesen Mangel festzuhalten, aber nicht die Fähigkeit, ihn zu beheben.

Es würde sich auch nichts ändern, wenn wir das reflexphysiologische Schema komplizieren. Wir können der Tatsache Rechnung tragen, daß Harnentleerung Erschlaffung des Sphinkter und Zusammenziehung des Detrusor, also eigentlich reziproke Innervationen, bedeutet. Wir könnten im Hinblick auf unseren Kranken klarstellen, daß ferner die Sphinkterkontraktionen offenbar teilweise dieselben sind, welche einer Ejakulation vorausgehen oder sie begleiten. Wird nun ein Miktionsakt eingeleitet und gleichzeitig ein Stück Sexualgeschehen vollzogen, so ist ein Antagonismus von zwei einander simultan ausschließenden Innervationen gefordert, der entweder mit dem Überwiegen der einen von beiden oder einem Kompromiß enden kann. Die beiden Lösungen, sowohl das „Aus-dem-Felde-schlagen" wie der „Kompromiß" sind von Sherrington[9] bei der Zusammensetzung antagonistischer Rückenmarksreflexe als tatsächlich vorkommend erwiesen worden. Auch hat er einige der Bedingungen, welche den Ausgang bestimmen, feststellen können. Sie betreffen teils Intensität und Dauer, teils auch Form, Ort und Rhythmus der Reize, also Momente, die man als Reizgestalt zusammenfassen kann.[10] Außerdem hat aber eine noch nicht näher definierbare Stimmung der Zentren eine im Tierexperiment nicht leicht beherrschbare Bedeutung; hervorzuheben ist aber der große Einfluß der dem Versuch vorhergegangenen Beanspruchungsart des Nervenpräparats.

Halten wir davon so viel fest, daß jedenfalls die Sphinktererschlaffung, welche die Miktion einleitet, und die Sphinkterkontraktion, welche mit Orgasmus oder Ejakulation verbunden ist, unvereinbar sind, so wird man im Zentralnervensystem einen Ort der Entscheidung suchen wollen, wo um den Zugang zu den effektorischen Bahnen „gestritten wird". Wie immer, so zeigt sich hier, daß ein solches logisches Postulat nichts erklärt. Die Begegnung der erregenden und der hemmenden Komponente als Begegnung am Ort der „gemeinsamen Strecke" sagt uns, was wir schon wissen; wir wollen aber erfahren, wie es kam, daß die regelmäßige Abfolge von Schließen und Öffnen hier nicht mehr gelingt, warum trotz des Reizes kein motorischer

9) The integrative action of nervous system. London 1906.

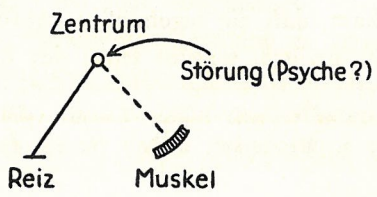
10) Deutsche Übersicht: v. Weizsäcker, Bethe's Handb. d. norm. u. pathol. Physiol., Bd. X, S. 35 ff., 1927.

Effekt oder nur ein abnormer eintritt. Wollen wir hier ernstlich darauf verzichten, den deus ex machina der „psychischen Hemmung" zu beschwören, so müssen wir statt dessen uns umsehen, woher wir sonst aus unseren Beobachtungen etwas entnehmen können.

Wir sind nun sonst gar nicht so ängstlich, aus unseren Sinneserlebnissen zur Erklärung „objektiver" Naturvorgänge etwas zu lernen. Im Gegenteil, die neuzeitliche Naturwissenschaft beruht gerade darauf, daß man es tut. Und es könnte sein, daß man bei biologischen Vorgängen, statt zuviel auf Sinneseindrücke zu geben, ihnen zu wenig vertraut hat, weil sich der Weg als gefährlich erwies. Nehmen wir im Bewußtsein dieser Gefahr uns also vor, ihn mehr zu beschreiten als bisher, und probieren wir die Annahme, der Kranke habe uns durch seine Erlebnisse mehr über den Vorgang verraten, als wir sonst davon wahrnehmen können; er habe uns zwar nur ein Bild, aber ein in wichtigen Punkten zutreffendes Bild seines Organgeschehens in der Analyse erzählt. Die Erfahrung muß dann weiter lehren, worin das Zutreffende in diesem Bilde besteht, worin nicht; es kann sein, daß wir zunächst bald nach Richtigem, bald nach Falschem greifen und das Bild danach korrigieren müssen.

Überblicken wir demnach das, was der Kranke im Laufe der Analyse mitteilte, so finden wir, daß er selbst nicht nur eine, sondern eine Reihe solcher Korrekturen vorgenommen hat. Er selbst ging wie ein Physiologe davon aus, eine zentralnervöse Störung sei die Ursache, daß die Innervation einen falschen Weg nehme. Aber er kommt, ohne daß dieses Bild darum ganz falsch wird, zu einer anderen Darstellung des Sachverhaltes, die so viel Ergänzendes und Neues umschließt, daß das erste Bild daneben doch fast wie ein falsches aussieht. Denn als das Wesentliche des neuen Bildes erscheint nun nicht, daß statt der Öffnung die Schließung der Blase beim Versuch der Urinentleerung eintritt, sondern daß diese Urinentleerung gar keine Urinentleerung mehr ist, vielmehr zugleich eine verstümmelte Sexualhandlung. Betrachten wir von dieser neuen Einsicht aus das nervöse Geschehen, so erscheint uns auch dieses jetzt unter einem anderen Bild als dem des Reflexgeschehens. Stellt man den nervösen Vorgang im Bilde der Reflextheorie dar, so würde sich das Schema I

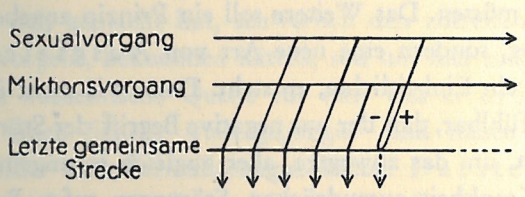
Schema I.



ergeben: die Blasenfüllung wirkt als Reiz auf das Zentrum; aber der gewohnte Reizerfolg wird durch eine zusätzliche Kraft von anderer Richtung unterbunden.

Bedienen wir uns aber statt dessen des neu gewonnenen Bildes, so muß unser Schema ausdrücken, daß hier ein Miktionsvorgang und ein Sexualvorgang parallel ablaufen und durch Mischung oder Interferenz e i n a n d e r stören. Dies kann das Schema II verdeutlichen. Es drückt aus, daß jeder dieser

Schema II.



beiden Vorgänge weit mehr als ein Reflex ist; jeder ist mindestens eine ganze Kette von Innervationen, die einander folgen müssen. Trifft es sich nun, daß an einer Stelle von jeder der beiden Ketten ein Glied mit dem andern zeitlich so zusammenfällt, daß von beiden der gleiche Effektor, aber in entgegengesetztem Sinne beansprucht wird, so muß die Störung nun auch in der Peripherie als grober Ausfall zutage treten.

Während das erste Schema also kein einheitliches P r i n z i p der Störung selbst abzulesen gestattet und daher einer wissenschaftlich immer bedenklichen Unklarheit der Erklärung durch „psychische Faktoren" Raum geben konnte, hat unser neues Schema ein solches Prinzip zur Darstellung bringen können, nämlich in der Form einer teilweisen Koinzidenz oder Interferenz am Verwirklichungsorte parallel oder gleichzeitig ablaufender Vorgangsreihen. Dieses Schema nun hat nicht nur den Nachteil vermieden, ein Herüber- und Hinüberspringen der Kausalerklärung zwischen „Physischem" und „Psychischem" zu gestatten oder gar zu fordern, sondern auch den Vorteil erreicht, auf beide Bereiche, wenn sie nun einmal aus methodischen Gründen auseinandergehalten werden sollen, a n w e n d b a r zu sein. Es ist ebenso einleuchtend, daß ein Muskel sich nicht gleichzeitig verkürzen und verlängern kann, wie es gewiß ist, daß man nicht g l e i c h z e i t i g das Gefühl der Geschlechtshingabe und das Gefühl der Harnentleerung haben kann. Diesem ausschließenden Verhältnis entspricht dann die Zusammenfassung unseres Kranken: „weil ich nicht lieben kann, behalte ich den Urin". Aus dem Entweder-oder ist bei ihm ein Weder-noch geworden.

Hat uns der Kranke zu diesem Schema verholfen durch seine Erkenntnis, daß genitale und urethrale Funktionen bei ihm durcheinandergemischt sind, so gibt er uns darüber hinaus doch noch sehr viel weitergehende Anregungen, die nicht weniger geeignet sind, eine umfassende Allgemeinvorstellung zu bilden. Während die Konkurrenz antagonistischer Kräfte nur ein Bild lokaler Funktionshemmung vermittelt, ist das folgende Bild darüber hinaus geeignet, zu verdeutlichen, wie ein geschlossenes Funktionsganzes verstanden werden kann. Das II. Schema zeigt ein Prinzip, wie wir uns die lokale Störung aus dem gleichsam zufälligen Parallelismus zweier einheitlicher Abläufe entstanden denken müssen. Das Weitere soll ein Prinzip angeben, wie hier nicht nur eine Störung, sondern eine neue Art von Ausgleich, also gleichsam ein Drittes und ein Einheitliches, entsteht. Denn wie sonst in der Pathologie, so ist auch hier fühlbar, daß der nur negative Begriff der Störung oder des Ausfalles zu arm ist, um das abwegige, aber zugleich so ungemein typische Verhalten in der Krankheit auszudrücken. Störungen rufen Reaktionen hervor, unvollziehbar gewordene Gleichgewichte werden durch neue, wenn auch minderwertige ersetzt. Daß dem auch in unserem Falle so ist, wird sich bei unbefangener Durchsicht der Krankengeschichte auch ohne Kenntnis der psychoanalytischen Aufschlüsse aufdrängen. Der Kranke hat zwar seine Flüssigkeitszufuhr auf ein Minimum beschränkt, er ist für die Harnentleerungen auf zwei bestimmte Stunden des Tages verwiesen; er hatte fast allen Verkehr mit Altersgenossen, besonders weiblichen, aufgegeben, er hatte praktisch auf allen Kollegbesuch verzichtet, und mußte, um dies vor der Familie zu verbergen, ein System von Täuschungen in seine täglichen Unternehmungen einbauen; er war bei der Arbeit oft stundenlang durch Grübeleien über seinen Zustand gestört usw. Aber all dies kann nicht hindern, daß er lebt, daß es schließlich doch immer zur Blasenentleerung kommt, daß den Abzügen an normalen Leistungen eine Produktion an abnormen, man darf fast sagen, eine ebenso systematische Fruchtbarkeit nach der Seite der pathologischen Bildungen gegenübersteht.

Aber wir würden nicht imstande gewesen sein, für diese Umbildung einen folgerichtigen Ausdruck zu finden ohne das, was A. uns selbst in der Analyse auszusagen vermochte. Vieles, das meiste ist für den mit Freuds Werk Vertrauten nicht neu, und doch enthält es nun einiges, was von der besonderen Fragestellung dieser Bearbeitung aus bisher wohl nicht genug beachtet und in seiner grundsätzlichen Wichtigkeit erkannt worden sein dürfte. Es ist das, was der Kranke mit jener kleinen Skizze eines Kreisprozesses zu höchster formaler Prägnanz zu bringen vermochte

und womit das Schema einer bloßen Mischung oder Interferenz zweier einander störender Vorgänge mit einem Griff in ein in sich geschlossenes einheitliches Bild verwandelt wird, dessen Intuition und Eleganz nur aus der Sammlung vieler vorher zerstreuter Kräfte begreiflich wird. Das gibt uns einen Begriff von einer bildenden Macht, die nur in dem Maße wachgerufen zu sein scheint, als auch zerstörende Kräfte Zugang zu uns gefunden haben. Um aber in den verschlungenen Wegen, welche diese bildende Macht zu benutzen scheint, das einfache Gesetz zu begreifen, müssen wir wiederum ziemlich weit ausholen. Das Zugeständnis, daß wir ohne die Funde, die der Kranke selbst in sich gemacht hat, schwerlich den zutreffenden Einblick in das, was in ihm vorgeht, bekommen hätten, soll uns hier nicht nur bedeuten, er sei die einzige authentische Quelle für das, was er erlebt. Wir sind vielmehr bereits einen Schritt weitergegangen und haben ihm zugetraut, seine Einfälle, Bilder und Formulierungen hätten Darstellungswert für etwas, was er nicht unmittelbar erlebt, nämlich für Leistungen seines nervösen Systems. Wir wären vielleicht eher geneigt, darauf einzugehen, wenn jemand sagt, unser seelischer Bau sei so, daß er, wie etwa die historischen Schulen der religiösen Malerei, dieselben Inhalte immer wieder neu und bis zur Unkenntlichkeit verändert darstelle. Aber wir werden skeptischer, wenn behauptet werden soll, daß eine solche Fähigkeit, einen Gegenstand abzubilden, vor dem eigenen Organismus nicht haltmache und so zu einer viel weitergehenden Art der Selbst-Darstellung werde. Wir sind in der Physiologie, besonders durch die Richtung, welche ihr Johannes Müller mit seinem Gesetz der spezifischen Sinnesenergien gegeben, in hohem Maße eingeschüchtert worden, unseren Sinnen eine solche objektive Fähigkeit zuzutrauen — sowohl für die Umwelt als auch für den eigenen Leib. Aber eben darum ist ein Wort seines Vorgängers Purkinje vergessen worden, welches viel fruchtbarer hätte bleiben sollen, nämlich daß „Sinnestäuschungen Gesichtswahrheiten" sind. Entwickelt man den vollen Gehalt dieser Formel, so kann man ihr die Gestalt geben: Sinneswahrnehmungen enthalten Sinneswahrheiten; und auch „innere" Wahrnehmungen, Vorstellungen und Bilder sind Wahrheiten über etwas Wirkliches. Was sollte uns abhalten, diesem Wirklichen auch auf dem Wege der inneren Wahrnehmung kritisch nachzuforschen? Es hat also einem bestimmten Ziel unserer Untersuchung entsprochen, wenn wir die Reihe der Gedanken, Vorstellungen und Phantasien, welche der Kranke von sich und seiner Krankheit hervorbrachte, ernst nahmen, und von hier aus betrachtet, ist die in unserem „Schema II" angenommene theoretische Erklärung nur ein sehr bescheidener Anfang dieses

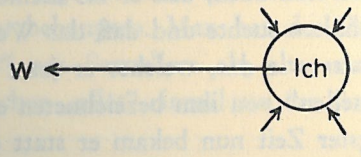
Ernst-Nehmens. Es wird jetzt gelten, hieran anknüpfende weitere Hinweise dafür aufzusuchen, daß in seinem Bewußtseinsinhalt ein Stück gültiger Selbstwahrnehmung zu finden ist. Jenes Schema II nun begnügt sich, auf eine psychologisch, physiologisch und anatomisch gleichmäßig feststellbare Interferenz hinzuweisen, derzufolge zwei einander ausschließende Vorgänge zusammenstoßen. Wir haben aber dort verzichtet, das zeitliche Zusammenfallen der sexuellen und der urinalen Gesamthandlungen als solches verstehen zu wollen und uns beschränkt, auf den Zusammenstoß je eines Teilgliedes der beiden Reihen von Abläufen hinzuweisen. Fragen wir jetzt darüber hinaus, was denn überhaupt die Gleichzeitigkeit urinaler und genitaler Gesamthandlung habe bedingen können, so bleibt das Beobachtungsmaterial gleichfalls nicht stumm.

4. Die Bisexualität im Symptom. Kuppelphantasie.

Die genetischen Feststellungen Freuds und seine Theorie der Regression sollen hier zwar nicht vernachlässigt werden. Aber im gegenwärtigen simultanen Zusammenhang der Erlebnisse des Kranken finden sich noch wichtigere Anzeichen für den Nachweis eines Darstellungswertes derselben. Er berichtet von einer „Kraft", die bei ihm die genitale und urinale Tätigkeit „zusammenziehe und sich ihrer (therapeutisch geforderten) Trennung widersetze". Es ist also so, daß die „Hemmung" nicht nur negativ als Ausfall, sondern positiv als Kraft gefühlt wird. Dies würde aber eine Korrektur oder Ergänzung unseres Schemas II herausfordern. Es fanden sich bei sorgfältigerem Eingehen auf die Eigentümlichkeiten des Symptoms eine Fülle von weiteren Mischbildungen aus den beiden Bereichen, die gleichfalls dem bloßen Hemmungsschema nicht einzuordnen wären. Die wichtigsten finden sich in folgendem: es ist bei ihm, wenn er urinieren will und nicht kann, als ob bei halberigiertem Penis mehrere Konvulsionen nach rückwärts erfolgten und dabei unter Orgasmus Sperma in die Blase träte. Diese Empfindungen sind sehr deutlich. Der Urin sei ja öfters trübe und schaumig, also eiweißhaltig. Diese Mischung erscheint in verschiedenen Varianten und Weiterbildungen, wie z. B.: der Urin müßte in der Blase geschützt werden; der Same würde durch den Schließmuskel zurückgehalten und dem ganzen Leibe dienstbar gemacht; der Schließmuskel hätte die Aufgabe, Urin und Sperma getrennt zu halten; ideal wäre, einen neuen Penis zu besitzen, der nur mit der Blase verbunden wäre und dann ganz neutral, asexuell oder impotent zu sein; der Urin dränge infolge des Symptoms in die Hoden und das Glied und würde sich nun im ganzen Körper verbreiten, denn er sei nachher wie vergiftet,

benommen und von Kopfweh geplagt. Es folgen dann die Einfälle, in denen offenbar wird, was wir oben den bisexuellen Aufbau des Symptoms genannt und im Resultat schon berichtet haben: A. vermerkt zunächst selbst, daß im Symptom die Blase dazu benutzt wird, das Genitale „auszuschalten". Schon früher erklärt er einmal: „Wenn ich Lust habe, mir ein „Magazin" zu kaufen und mich mit dem Weiblichen beschäftige und zur Vorstellung des eigentlichen Geschlechtsverkehrs übergehen will, dann ist da etwas dazwischen, als bedeute der letzte Schritt etwas, vor dem ich mich zurückziehe, und da entsteht gerade das Gefühl, wie wenn ich urinieren will und nicht kann". Der letzte Schritt würde so etwas bedeuten, wie daß ich aus einem schützenden Kreis, einer Burg herausträte zum Weibe hin und damit einer Öffentlichkeit preisgegeben wäre und alle Feinde ringsum nun auf mich eindringen und ich ihnen ausgeliefert wäre. Er verdeutlicht dies mit folgender Zeichnung:

2. Skizze des Kranken.



Er kommt dann auf die Erinnerungen der Pubertätszeit zurück, wo er am liebsten ein Mädchen sein wollte. Damals nun dachte er noch, daß beim Koitus das Sperma in die Blase des Weibes käme. Jetzt assoziiert er: daß die Blase ihm jetzt so vorkäme wie zwei Bahnhöfe von zwei Städten, die miteinander in Verbindung stehen; „ich meine, daß die Blase den Bahnhof und der übrige Körper die Stadt vorstellt; daß etwas Homosexuelles dabei ist; daß die Blase die letzte Konkurrenzstufe zwischen Mann und Weib ist". Neue Einfälle kommen: gestern beim Weggehen habe er in einem Laden eine Schweinsblase und Schweinefett ausgestellt gesehen. Er habe lachen müssen, da ihm das auszustellen doch sehr unanständig vorgekommen sei; daß mit der Blase doch ein Lustgefühl und etwas Sexuelles verbunden sei. Schweinsblase — Schwein — Wurst — Penis. Es folgen: „daß ein länglicher, solider Gegenstand das Zeichen des Männlichen und daß ein Hohlraum ein Zeichen des Weiblichen ist". Ihm schien immer, die Öffnung der Vorhaut sei die fürs Urinieren, die der Eichel für das Sperma. Beim „Mädchensein-wollen" habe er den Penis tatsächlich nach innen zu stülpen versucht, um die Verbindung mit dem inneren „weiblichen" Geschlechtsteil, der Blase, herzustellen und so gewissermaßen sowohl Mann als Weib zu sein.

Daß ihm dabei aber ein Widerstand, etwas Abstoßendes begegnete, als ob der Penis den Urin berühren, von ihm befleckt werden könnte. Ferner folgende Phantasien: „Die Blase ist eigentlich nur zum Teil gefüllt mit Urin; der gehört da nicht hinein. Sie ist wie ein Kristall, wie etwas Schönes, wie vom Sperma durchströmt, eigentlich wie Milchglas, von Spermafarbe — weibliche Brust — wie Milch von der Brust. Das ist eigentlich verunreinigt durch das Natürliche,[11] den Urin." Assoziiert nun wieder die Kapelle,[12] wo er unbedingt hinaus mußte zum Urinieren. Als ob das Urinieren eigentlich die Zurückkehr zum Männlichen bedeutete. Am folgenden Tage erster Einfall: „Milchflasche." Hat bemerkt, daß er den Urin gewissermaßen teilen möchte und mit der Zurückhaltung der einen Hälfte die Freigabe der andern erkaufen. Spricht von dem „Opfer", das darin bestehe, daß der einbehaltene, aus einem Gemisch von Sperma und Urin bestehende Teil in den Hoden und Körper eindringt und dort schade. Das Symptom erscheint ihm jetzt als eine Art von Masturbation mit dem Zweck, den „Urin in Zensur" zu bekommen, zu teilen. A. erinnert sich nun auch, daß er als kleines Kind den Stuhldrang durch Onanie zurückzuhalten suchte und daß das Wollustgefühl von damals dasselbe Glücksgefühl war wie das, welches er jetzt beim Symptom, bezw. bei den als „Zurückschnellen" von ihm bezeichneten eigentümlichen Konvulsionen hat. In allerjüngster Zeit nun bekam er statt dieses Zurückschnellens manchmal Stuhldrang, und durch d i e s e n trat dann das Nicht-urinierenkönnen ein. Bringt wieder den Ausdruck, daß er „unter der Drohung der Umwelt" nicht urinieren könne. Aber zu diesem Zeitpunkt der Analyse hat A. seit unvordenklicher Zeit zum erstenmal wieder urinieren können, wiewohl die Stiefmutter nebenan in der Küche war. Gleichzeitig gewinnt das andere Geschlecht starke Anziehungskraft; es komme wieder zu der eigentlichen Masturbation (die allerdings, wie A. gesteht, doch nie völlig verschwunden war). Endlich stellt sich heraus, daß, wie schon die Phantasien verraten haben, tatsächlich nach Ablauf des „Symptoms", das heißt der orgastischen Konvulsionen, der Urin jedesmal frei entleert wird und daß in diesem Augenblicke die Furcht, gehört zu werden, verschwunden ist, ja: er verstärkt dieses Geräusch womöglich, weil jetzt damit für ihn ein besonderer Genuß verbunden ist.[13] Wir erinnern uns der Äußerung A.'s, daß das Urinieren eigentlich der Übergang zum Mann-sein wäre.

Diese Inhalte verdeutlichen also die Wirkungen jener den urinalen und

11) Vgl. S. 21.
12) Vgl. S. 20.
13) Erklärung hierfür s. u. S. 80.

den genitalen Bereich zusammenziehenden Kraft hinreichend, aber diese bekommt jetzt eine ganz neue Bedeutung: sie hat etwas mit der Kraft der geschlechtlichen Anziehung zu tun, wobei die Blase als weibliches, der Penis als männliches Organ repräsentativ ist und die Erfüllung dieser geschlechtlichen Anziehung eben eine Selbstbegattung wird. Mit diesem Begriff darf man wohl alle wichtigeren Einzelheiten, die soeben berichtet wurden, am kürzesten zusammenfassen, nämlich: 1. Die Wünsche, Weib zu sein, 2. die Tendenz, männliche und weibliche Funktionen zu vereinen, 3. vorstellungsartige Projektionen dieser Tendenz auf die Organe und Sekrete, 4. so entstehende Teilungen, Mischungen und Kompromisse, 5. Ausdruck derselben in gewissen bildhaften Phantasien, die assoziativ auftauchen, 6. dynamische Phantasien derselben Art, wie „Opfer", „Zensur", „Ideale". Sie alle sind jetzt als Vorstufen oder Resultate eines Versuchs der Selbstbegattung zu verstehen. Indem die narzißtische Neurose sich noch einmal als Selbstbegattung bisexuell zerlegt, scheinen in ihr die Kräfte von Ei und Samen, welche sich seinerzeit zu dem einen eigenen Individuum verbanden, noch einen Rest ihrer Selbständigkeit zu behaupten. Man hat der Psychoanalyse vorwerfen wollen, sie leite „alles" aus Sexuellem ab, aber man hat dabei vergessen wollen, daß beim Menschen „alles" einmal aus der sexuellen Vereinigung entstanden ist.

Es ist aber nicht so, daß eine Kontinuität des bisexuellen Kräftepaares in der Entwicklung A.'s aufweisbar wäre. Und wir wagen noch nicht zu behaupten, der Darstellungswert des analytisch gewonnenen und hier vorgewiesenen Materials bestehe darin, daß es die bisexuelle Natur bestimmter, auch sonst bekannter und antagonistischer, im Organismus wirkender Kräfte beweise. Mindestens muß der Umfang und die Art, in denen bisexuelle Kräfte da sind, noch als sehr unklar bezeichnet werden — so sehr die Entwicklung des Wissens von den Sexualhormonen heute mehr als früher dazu verlocken kann, weitergehende Annahmen zu machen. Aber wir dürfen diese Spur im folgenden nicht mehr verlieren; nur ist es jetzt dringlich geworden, sich kritischer als bisher zu fragen, wann denn ein solcher Darstellungswert eigentlich als einigermaßen erwiesen gelten soll. Wir wenden uns also dazu, nach Anzeichen dafür zu suchen, welche realen Dinge hinter diesen klinisch gefundenen Erscheinungen stehen.

Später, nachdem der Kranke die bisexuellen Gestaltungen seines Symptoms längst gefunden hat, kommt er auf die Vorgänge zur Zeit seiner Entstehung zurück und erinnert davon nun folgendes: er meine jetzt zu wissen, warum er das Sexuelle mit dem Urinieren zusammengebracht habe. Es sei gewesen,

um sich vor dem Bankrott zu bewahren, den das Eingeständnis der Masturbation und das Offenbarwerden der Deformierung der Genitalien bedeutet hätte. Auf die Frage, wieso ihm das Nicht-urinieren diesen Dienst habe erweisen können, erklärt er: „Es war so, daß ich die Angst (z. B. vor den anderen Knaben im Pissoir, sie könnten das Nicht-urinieren usw. bemerken, überhaupt den Angstzustand) beim Urinieren durch Hervorrufung einer sexuellen Erregung beseitigen konnte. Diese sexuelle Erregung war gewissermaßen ein Abwehrmittel gegen die Angst vor dem Eingeständnis des Sexuellen. Ich hatte die Idee, durch das Urinieren könnte ich meine Integrität beweisen, aber eben weil ich das so stark wollte, konnte ich es nicht — das ist doch wohl ebenso, wie es bei einem normalen Menschen auch vorkommt? Ich meine, wenn die Angst vor den anderen Mitschülern nicht gewesen wäre, wäre das Symptom nie entstanden." Er hat also beim Vorhaben, zu urinieren, eine sexuelle Erregung hervorgerufen, um die Angst zu beseitigen. Es war immer ein Zustand ängstlicher Erwartung, „ob es mit dem — (stockt und lächelt) Urinieren gehen wird". Er gesteht, daß er bei der Stockung im Begriff war, „onanieren" zu sagen, und reproduziert mit dieser Fehlleistung die Versuchung, in der er sich jedesmal befand. Er sorgte immer, daß er allein auf dem Abort war, aber er war auch in beständiger Angst, die Tür könnte gehen und jemand könnte ihn überraschen.

Diese Einsicht in den tieferen Zusammenhang von Miktionsakt und sexueller Erregung gehört zu denen, welche der Kranke nur wenn er völlig unbeeinflußt blieb und dann mit der allergrößten Mühe und Konzentration hervorzubringen vermochte. Wir müssen dies vermerken, weil diese Besonderheit nach allgemeiner Erfahrung die entscheidenden Fortschritte in der Therapie kennzeichnet und dazu dienen kann, Spreu und Weizen in der Analyse zu scheiden. Es bedeutet aber noch mehr. Auf solche Weise gewonnene Einsichten entstehen anders wie bloße Assoziationen und verdienen um der Dynamik ihrer Entstehung willen einen anderen Namen. Sie bringen fast immer Überraschendes und wirken auch auf den Arzt, der hier ganz besondere Geduld und Zurückhaltung üben muß, auf besondere Weise. Sie reizen ihn im ersten Augenblick zur Feststellung logischer Widersprüche, in die sich der Kranke zu verwickeln scheint, aber sie üben auf ihn, wenn er nur erregbar und aufnahmebereit genug ist, die Anziehung einer geheimen Tiefe des Geschehens aus, die seltener und schwerer zu erlangen ist. So scheint es logisch zuerst unvereinbar, daß der Kranke verstehen will, er habe mit dem Urinieren das Sexuelle zusammengetan, um den Bankerott, der ihm durch eben diese objektlose Sexualität droht, zu vermeiden. Er kommt uns schon wie ein

Insolventer vor, der, um die Gläubiger zu befriedigen, neue Schulden macht. Aber auch diesen gibt es bekanntlich, und es nützt nichts, die Rechte der Logik zu wahren, wenn der Schuldner sich gerade mit dieser Antilogik wo nicht entschuldigt, so doch verständlich weiß. Max Scheler fand die Formulierung, das Unlogische sei eben das Psychologische. Man könnte es nun logisch finden, daß, wie die Dinge psychologisch einmal lagen, das Urinieren das Beweismittel der Integrität, die sexuelle Erregung das Abwehrmittel der Angst gewesen sei (wie ja auch bei Tieren die Onanie als Angstausdruck bekannt sei). Es sei verständlich, daß der Mensch sowohl seine Unbescholtenheit wie seine Lust haben wolle. Aber gerade diese Auskunft beweist, wie wenig weit wir hier mit der Rettung der Logik kommen. Wir wollen ja gerade verstehen, wieso die sexuelle Erregung die Angst verscheuchen kann, wieso aber auch die sexuelle Betätigung gerade zur Angst geführt, die Angst dann auf den Akt des Urinierens übergegriffen hat, so daß dieser ein Beweis der Schuldlosigkeit wurde. Der Kranke aber versteht plötzlich, daß die „Folge" — das Auftreten des Sexuellen beim Urinieren — eigentlich der Grund war: es sollte stattfinden, damit die Angst weggehe. Mit dieser Umkehrung von Grund und Folge haben wir offenbar eine bessere Bezeichnung für das gefunden, was zunächst unlogisch schien; denn indem er eine solche Umkehrung erfährt, wird dem Kranken gerade etwas vorher Unklares klarer. Eine Umwendung in der Art Grund und Folge, Ursache und Wirkung zu sehen, ist für ihn offenbar viel wichtiger als die Erkenntnis, daß Sexuelles und Urinales verknüpft worden sind. Und diese Umwendung der Richtung ist offenbar das, womit eine so starke Anstrengung und Versenkung verbunden war.

Wir sind nicht allein, wenn wir der Ansicht Raum geben, solche Wendungen seien geradezu das zentralste Moment in der Dynamik analytischer Entwicklungen. Lou Andreas-Salomé[14] hat diesem Vorgang mit der Sprache der künstlerischen Anschauung auf verschiedenen Ebenen der Anwendung und mit Nachdruck zur Anerkennung verholfen. Wir können ihn am Beispiel unseres Falles ebenfalls in mehreren Etappen der Entwicklung nachweisen und damit noch deutlicher machen. Umkehrungen von Ursache und Wirkung vollzog der Kranke schon, als er begriff, daß es nicht so war, daß die Krankheit ihn befiel und er nun eine Strafe litt; vielmehr erkannte er nun, daß er Strafe heischte und dafür die Krankheit ihm dienen mußte. Sein Strafbedürfnis war das erste, die Krankheit das zweite geworden. In ähnlicher Weise verhält sich die erste Feststellung, er könne nicht urinieren, weil

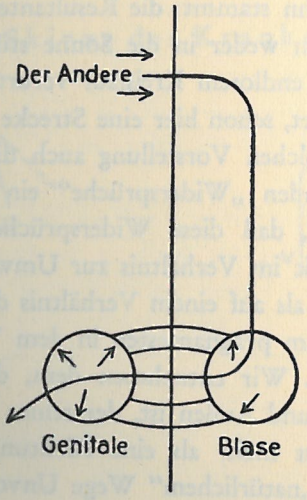
14) Mein Dank an Freud. Wien 1931. Z. B.: S. 12, 15, 50, 105.

die feindliche Umwelt ihn hindere, zu der zweiten, daß er diese feindliche Umwelt haben muß, um nicht urinieren zu können, das heißt, um das sexualisierte Symptom haben zu dürfen. Und er weiß nun überdies, daß ihm die Angst den Dienst leistet, das Symptom zu ihrer Beseitigung haben zu dürfen: es ist ein circulus vitiosus in der beiden Worte ursprünglicher Bedeutung.

Wir waren davon ausgegangen, daß offenbar der Symptomerfahrung des Kranken ein Darstellungswert für die organischen Vorgänge zukommen kann, fanden dann, daß etwas wie eine Mischung oder Überlagerung genitaler und urinaler Funktionen vorliegt und weiter, daß in der Anziehung, welche diese beiden Funktionsbezirke zusammenführt, etwas von der bisexuellen geschlechtlichen Anziehung liegt. Der weitere Versuch, die Entstehung dieser Anziehung zu begreifen, führte uns zunächst zu den älteren Entstehungstheorien des Kranken zurück, und man stößt auf die Beobachtung, daß diese Theorien untereinander sich wie logische Paradoxien oder Umkehrungen verhalten. Es ist nicht ganz einfach, den sprachlichen Ausdruck für diese Umkehrungen und Umwendungen zu finden; Gemußtes wird zu Gedurftem, nicht Gekonntes zu nicht Gewolltem usw. — diese Kategorien werden hier noch einer sorgsamen Prüfung unterworfen werden müssen. Der Darstellungswert jedenfalls verschiebt sich offenkundig hier von einem noch relativ anschaulichen Gebiet auf ein zunehmend unanschauliches, dynamisch-logisches. Denn jene Umwendungen sind nicht nur solche einer anschaulichen Richtung, sondern einer richtungschaffenden persönlichen Aktivität, über die wir noch wenig wissen. So undeutlich nun bisher die sprachlich-logischen Einzelfunktionen in dem, was der Kranke sagt, erscheinen mögen, so ist doch der eigentümliche Wandel seiner Selbstzeugnisse über die Krankheit nach eben diesem Merkmal ihrer Wendigkeit wiederum von ihm selbst unübertrefflich dargestellt worden. Er hat nämlich auszudrücken vermocht, daß diese Wendigkeit nicht eine lineare oder spiegelbildliche, also nur richtungsmäßige ist, sondern daß sie irgendeine Wandlung des Verhältnisses zwischen ihm selbst und seiner Umwelt ist. Wir verstehen dies am leichtesten so: die mit der Pubertät möglich und drängend gewordene Vereinigung mit dem Weibe wird ersetzt durch ein Stück Verweiblichung des Selbst, und anstatt eines Außen entsteht so ein Innen. Der Widerspruch eines solchen Versuches ist unauflösbar, und dies spricht sich aus in einer unaufhörlichen Bewegung, die nicht zur Ruhe, aber auch nicht vom Flecke kommt. Sie ist vergleichbar einem Auf-der-Stelle-Treten, einer stehenden Welle; der einfachste geometrische Ausdruck dafür ist ein beständiges Im-Kreise-Laufen, ein Sichjagen von Kräften, die weder einander besiegen noch sich vereinigen können. Wir wiederholen

(S. 32 f.): den andern (die „Vorwürfe") müßte er eigentlich liebend in sich aufnehmen, wie bei der Umarmung eines Weibes, aber weil er das nicht richtig könne, treibe eins das andere im Kreise herum. Wir kommen jetzt zu der Vermutung: die Ruhelosigkeit des Narzißmus beruhe nicht auf der Selbstbezogenheit als solcher, sondern letzten Endes auf der bisexuellen Zerlegung dieser Bezogenheit, die nicht materiell zu verwirklichen ist. Und wir erinnern uns der Skizze, in der er das Verhältnis von Ich und Ideal-Ich

3. Skizze des Kranken.



als solchen Kreislauf darstellte. Sind diese Zeugnisse des Kranken von Darstellungswert, dann bedeuten sie abermals eine einschneidende Korrektur der wissenschaftlichen Allgemeinvorstellung. Auch darin geht die gestaltende Phantasie A.'s dem Beobachter voran. Wir haben auch die zweite Skizze kennengelernt, in der er die Hinwendung zum Weibe und ihre Bedrohung durch die Umwelt darstellte (S. 41). Kurz danach improvisierte er eine dritte Zeichnung. Sie stellt eben jenes „Liebend-in-sich-Hineinnehmen" der Vorwürfe in sich und in die Blase als Bedingung des ungehinderten Urinierens dar. Und wir erinnern uns auch des Schwankens, in dem „der Andere" bald als feindselig-männlicher Charakter und bald als Weib vorgestellt wurde. Während die erste Skizze also eine ruhelose Kreisbewegung als Zustand des Kranken symbolisiert, zeigt er in der zweiten den Versuch, sich dem Weibe zuzuwenden, in der dritten die Wirkung des „Vaterkomplexes" auf die dazu erforderlichen Funktionen.

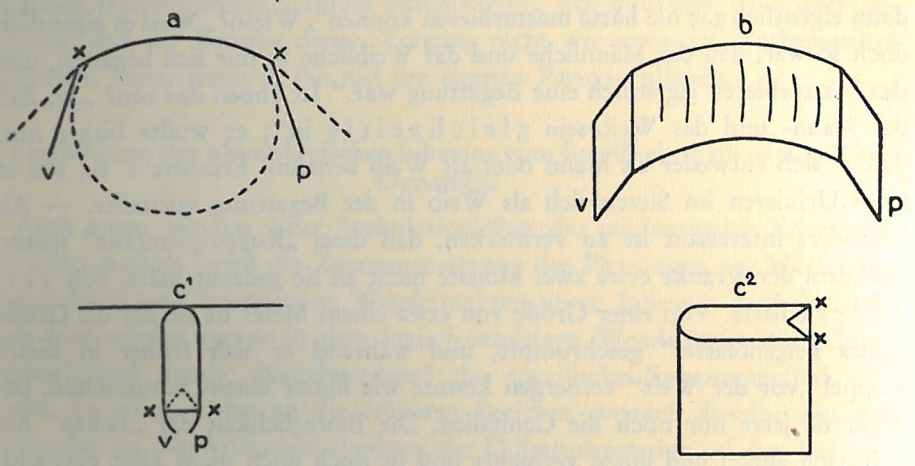
Es ist für uns nicht mehr schwer, diese drei Skizzen in eine synthetische Gesamtvorstellung zu vereinen, in welcher die Rolle der Bedrohung durch den Vaterkomplex („Vater — Anderer — Ideal-Ich — Vorwürfe"), die der Hinwendung zum Weibe und endlich die Kreisgestaltung dieser Dynamik gleichmäßig zu Worte kommt. Wir brauchen ja nur in dem Kreisschema statt des Ideal-Ich das reale Weib zu setzen, so kommt mit seiner Umarmung der Kreislauf zu Ende. Daß er nicht eher zur Ruhe kommt, beruht auf dem gleichzeitigen Wirken einer Anziehungskraft, welche zweigeschlechtlich ist, und einer Fliehkraft, welche aus dem abstoßend gleichgeschlechtlichen Verhältnis von Vater und Sohn stammt: die Resultante ist wie die den Planeten auferlegte; auch sie dürfen weder in die Sonne stürzen noch ihr sich ganz entziehen und sind so zu endlosem Kreislauf verurteilt.

Vielleicht ist es gestattet, schon hier eine Strecke vorauszueilen und anzumerken, daß mit einer solchen Vorstellung auch die Deutung der im Laufe der Analyse hervortretenden „Widersprüche" ein Stück weiterrückt. Wir haben feststellen können, daß diese Widersprüche ihr Vorkommen einer eigentümlichen Wendigkeit im Verhältnis zur Umwelt verdanken, also mehr auf der Beziehung zu ihr als auf einem Verhältnis des Denkens zu sich selbst beruhen. A. drückt das am prägnantesten in dem Worte: „die Vorwürfe in die Blase hineintun" aus. Wir entnehmen dem, daß diese Wendigkeit ein Wechsel zwischen Innen und Außen ist, der seiner „Natur" nach unmöglich wäre. Die Wendigkeit ist mehr als eine Richtungsumkehr (wir sagten es schon), sie ist etwas auf „natürlichem" Wege Unvollziehbares.

Der Kranke vermochte eine derartige Einsicht vorerst nicht zu gewinnen, und wir sehen, daß er statt dessen zur Bildung neuer Phantasien schreitet. Etwa 14 Tage später tritt folgendes zutage. Es handelt sich um eine Phase der Analyse, in der A. einige Tage lang unverkennbar die Entstehungszeit des Symptoms auch agierend reproduzierte: er läuft wie damals auf der Ausstellung und in derselben Stimmung in der Stadt umher, geht ins Kino, meidet aber erotische Stücke, sondern sieht den Ben-Hur. Er kommt dadurch in eine religiöse Stimmung, bewundert das asketische Heldenideal, masturbiert am Abend. Die Frau hat starke Anziehungskraft für ihn gewonnen. Im Vorzimmer fällt ihm ein Buch von Gandhi in die Hand; er findet gleich eine Stelle des Mahatma, wonach ein Koitus in fünf Jahren genug sei, und er ist entrüstet darüber. Nun setzte die Masturbation überhaupt stark ein, und als er sie wieder unterdrückt, nimmt das Symptom sehr zu. Es folgt ein Traum, in dem A. den Vater sieht, sehr zärtlich und Wange an Wange mit ihm ist. Nachher das Gefühl, als ob er, wenn er die väterliche Liebe wieder haben

könnte, das Symptom verlöre. Anschließend an diesen Bericht folgende Phantasie: als ob er aus dem Symptom nicht herauskönne, weil er in einer Blechbüchse eingesperrt sei, deren Boden ihm entschwinde; „könnte ich heraus, dann bliebe das Symptom drinnen". Als ob er mit seinem Bekenntnis zur Masturbation an der Gegenseite anstieße; diese sei wie eine graue gewölbte Kuppel, die wie ein Zinkblech sei, eigentlich ein massives Metall. Als ob er gegen die Kuppel masturbieren müßte, das Sperma hell gegen deren Grau. Assoziiert wieder die Kristallkuppel als weibliches Symbol (s. S. 42), Zink, Zinksarg, Vater, bei dessen Tod ein Transport im Zinksarg erwogen wurde. —

4. Skizze des Kranken.



Die Kuppel hat zwei „Ecken" (vgl. × × in der vierten Skizze a und b). Wenn man die Ecken geradebiegen will, schließt sie sich zu einer Kugel, und damit entsteht eine Stimmung wie im Symptom. Biegt man die Ecken aber nach innen, so klappen sie ein und man kann das Ganze zusammenfalten (wie in c^2); das Ganze wird dann einfach ein Papier. Das Geradebiegen geht nicht recht, aber das Einklappen geht gut.[15] Wenn man die Kuppel aufrichtet, so ist es eine Art Bahnhofshalle — Bahnhof Köln—München. Das mit dem Urinieren verbundene Natürliche steht aber unvereinbar im Widerspruch mit dem Mechanisch-Technischen der Bahnhofshalle. Weitere komplizierte Angaben, wie man die Ecken einschlagen muß, scheinen zu zeigen, daß das doch nicht so glatt geht: als ob das eigentlich das Stilheft wäre, wo man die Fehler an den Rand schreibt, „wo ich so Angst hatte vor dem Vater". Reproduziert das Wutgefühl gegen diesen, wenn er den Baukasten, mit dem man

15) „Weil dadurch die Begegnung der Genitalien vermieden wäre"; u. s. w.

technische Konstruktionen machen konnte, wegschloß, und den anschließenden Kampf, ob er jetzt spielen oder masturbieren soll; ähnlich bei der Lektüre von Karl May. — Es stellt sich heraus, daß die an den „Ecken" ansetzenden beweglichen Fortsätze Genitalien bedeuten: der eine den Penis (p), der andere weniger eindeutig eine Vagina (v). Spätere Angaben bedeuten, daß der in c¹ dargestellte Vorgang die Selbstbegattung darstellt, während der Versuch, die Ecken geradezubiegen, an das Bemühen erinnert, den erigierten Penis zwischen den Beinen zu verbergen. Die dabei sich bildende „Kugel" sei die Blase. Als A. die genitale Beschaffenheit der Fortsätze wieder einfällt, geschieht es zunächst mit der Äußerung „Genitalien der Eltern". Unter leisem Druck darauf verwiesen, daß die Phantasie doch ihn selbst betreffe: „daß ich dann eigentlich gar nie hätte masturbieren können". Wieso? „Weil es eigentlich doch so war, daß das Männliche und das Weibliche in mir sich begatten, und das Masturbieren eigentlich eine Begattung war." Ist Ihnen das neu? „Ja, daß das Mann- und das Weib-sein g l e i c h z e i t i g ist"; er wußte bisher nur, daß er sich entweder als Mann oder als Weib benahm. Erinnert z. B., wie er beim Urinieren im Sitzen sich als Weib in der Begattung vorstellte. — Als besonders interessant ist zu vermerken, daß diese „Kuppelphantasie" später, nachdem der Kranke etwa zwei Monate nicht an sie gedacht hatte, sich v e r ä n d e r t hatte. Von einer Größe von etwa einem Meter ist sie auf die Größe „eines Feigenblattes" geschrumpft, und während er sich früher in dieser Kuppel „vor der Welt" verbergen konnte wie hinter einem Schutzschild, bedeckt sie jetzt nur noch die Genitalien. Die Beweglichkeit der „Ecken" hat sich nach außen und innen vermehrt und ist doch noch nicht ganz einwandfrei. Diese Veränderungen stellen sehr anschaulich den Stand der Therapie dar, und A. betont, daß er gar nicht mehr in der Lage sei, die Phantasie, wie sie damals war, richtig zu vollziehen; die sei ja auch aus dem Zustand von damals herausgekommen. — Die Beschreibungen A.'s zeigen in allen Einzelheiten, daß die Kuppelphantasie für ihn eine Gegebenheit ist, der gegenüber er unfrei ist. Er kann an den Merkmalen der Größe, Form und Beweglichkeit nichts willkürlich ändern, und so erinnert das Ganze in mehreren Zügen an die Gliedphantome der Amputierten und deren mit der Zeit fortschreitende Veränderung.

Erst in dieser vierten Skizze ist also die bisexuelle Funktion bei dem Versuche zur sexuellen Vereinigung festgehalten worden. Als Selbstbegattung ist sie nur vollziehbar, wenn die Rolle als Mann und Weib gleichzeitig gespielt wird. Dann wird aber der Vorgang „Papier" oder „Stilheft". Außerdem: der Versuch des Mannes, Weib zu werden, ist durch die merkwürdigste Phantasie,

die wir überhaupt zu Gesicht bekamen, dargestellt: beim G r a d e biegen der Fortsätze an den Ecken wird aus dem Fragment die K u g e l, die, wie wir wissen, Blase und Gebärmutter bedeutet.

Die Paradoxie dieser dynamischen Vorstellung liegt darin, daß die Entfernung der beiden Fortsätze voneinander, und nicht ihre Annäherung, die geschlossene Gestalt erzeugt. Die normale Anschaulichkeit dieser Vorstellung ist (uneigentlich) nur zu retten, wenn die Figur unendlich groß und dann gleichsam in der Unendlichkeit sich umstülpend zur Kugel wird. Das Mann-Kind, geborgen in dem gewölbten Raum des Weibes, kann doch nur dann selbst dieser Raum werden, wenn dieser Raum s e l b s t dabei, ein der Anschauung transzendentes Stadium durchlaufend, sich umstülpt. Man darf annehmen, daß der Kranke diesen Vorgang nicht wie etwa ein Mathematiker vollziehen kann, wenn er ihn mit der eigenen Person vollzieht.

5. Fortbildung des physiologischen Schemas zum Begriff einer physiologischen Dynamik.

Auch wenn wir uns jeder Spekulation über das mathematisch Räumliche entziehen wollten, wird die Zusammensetzung der Phantasien aus klarer Anschaulichkeit und irrationalen Wendepunkten unser Interesse festhalten, da auch hier wieder gerade in dem logisch-intuitiven Wendepunkt des „Gradbiegens" und damit „Kugelwerdens" das spezifische Symptomgefühl einbricht. Es erinnert uns an die früheren Berichte, wonach dieselbe Art des Einbruches an den kritischen Punkten der Ödipusphantasien erfolgt. Diesmal scheint es die Weibwerdung des Kranken zu sein, welche einem solchen Einbruch zugeordnet ist. Die frühere und die neue Beobachtung fördert aber unsere Analyse ein gutes Stück. Konnte man damals populär-psychologisch etwa noch sagen, das Peinliche der Ödipusphantasie und das Peinliche des Symptoms sei eben die Assoziation des Peinlichen „an sich", so bringt uns die Kuppelphantasie und ihre Dynamik eine Vorstellung auch von den dynamischen, den logischen und den anschauungsmäßigen Bedingungen solcher „Assoziationen", die, wir bemerkten das schon früher, ebensogut den Namen der Unterbrechung wie der Verknüpfung zu verdienen scheinen. Wenn in allen diesen Produktionen des Kranken ein Darstellungswert liegt, so haben wir jetzt hinreichend begründete Anlässe, auf diese Unterbrechungen genauer einzugehen: wir vermuten einen U n t e r b r e c h u n g s w e r t in ihnen. Denn wir haben Unterbrechungen kennengelernt, die den verständlichen Fluß einer sinnvoll abrollenden Bilderreihe beenden, und die wir als „assoziative" Unterbrechung bezeichnen können; wir bemerkten logische

Paradoxien und Umkehrungen, die wir als „logische" Unterbrechungen be zeichnen dürfen; und wir haben die Auflösungen der anschaulichen Vollzieh barkeit beschrieben, die demnach „intuitive" Unterbrechungen heißen dürfen

Eine sorgfältige Betrachtung der in unserem Fall vorkommenden Unter brechungen kann hier weiterführen. Vielleicht kann man diesen Beispiele den Eindruck allzu spezialistischer Kasuistik nehmen, wenn man sich vorhe einmal einem kurzen Rundblick über eine Gesamtheit von Erscheinunge hingibt, wie sie schon der einfachsten klinischen Deskription sich darbieten Es ist doch das Gewohnte, daß uns die von den eigenen Körperfunktione zukommenden Empfindungen oder Gefühle, normale wie pathologische, wi angeflogen, fern von jedem assoziativen, logischen oder anschaulichen Sinn zusammenhang, gegeben werden. Eine besonders günstige Gelegenheit, dar über Selbstbeobachtungen zu machen, besteht z. B. in den ersten zehn Minute nach dem Erwachen aus einem tiefen Nachtschlaf. Bei ruhiger Aufmerk samkeit gewahren wir da eine bunte Folge von Geschehnissen und Leibwahr nehmungen, die sich einer psychologischen oder physiologischen Ordnun zunächst entschieden entziehen. Ebenso sind wir auch sonst gewohnt, de Einbruch solcher Sensationen in den Strom des Bewußtseins, eben weil si sich aller Psychologie widersetzen, „organisch", also vom Leib her, zu er klären, und die Psychologie scheint in den meisten Fällen sich über diese Fremdling in ihrem Bereich mit solcher Erklärung beruhigt zu haben. Auc der Harndrang gehört hierher: man versteht ihn, so meint man, von der im Leib entstehenden Reiz her nicht besser und schlechter als eine Gesichts empfindung, die auf einen Lichtreiz folgt.

Aber eine sorgfältigere Analyse muß hier trennen: es gibt doch viele Emp findungen, deren Auftauchen und Verschwinden von „Aufmerksamkeit" „Einstellung", „Vorstellungen", „Situationen" und dergleichen mehr so ent scheidend abhängt, daß die Erklärung durch den Reiz allein zu dürftig wird eben damit allerdings tritt auch der Charakter des Einbruchs oder Überfall mehr oder weniger zurück. Überschauen wir dann etwa das, was wir be dem Kranken A. über ein Phänomen wie den Harndrang erfahren (den doc die meisten Menschen für eine rein passiv-unwillkürliche Organempfindun halten), so wird uns die scharfe Trennung nach dem Merkmal des „Ein brechens" wieder schwergemacht: es scheint ein Übergang, eine Phase de Zweifels, der Angst mit dem Einbruch innig verbunden sein zu können. Der A. berichtete einmal, daß in der Entstehungszeit des Symptoms es einen Zu stand des Willenskampfes gab, ob er den Harn herauslassen solle, weil dam eine der sexuellen ähnliche Empfindung der Wollust verbunden war. Je nac

bestimmten Einstellungen und Situationen, die vor allem unter Bedingungen der Geselligkeit, des Sports, bei Versammlungen usw. gegeben sind, gewahren wir ähnliche willensambivalente Zustände bei den Regungen von Hunger, Durst, Sexus, Jucken, Kitzel, Sekret- und Exkretausstoßung u. v. a. Offenbar macht es die Qualität eines Sinneserlebnisses allein nicht möglich, klare Bestimmungen für einen Eintritt oder Nichteintritt zu entdecken. Der sprunghafte Charakter des Einbrechens, aber auch Wiederverschwindens kann uns demnach nicht genügen, eine psychologische Deutung abzulehnen und uns nicht zwingen, eine reizphysiologische anzunehmen. Es wird zuletzt darauf ankommen, ob man eine Funktion aufzeigen kann, welche das Moment der Unterbrechung a l s s o l c h e r verständlich macht oder nicht. Schließlich hat es auch nur dort Sinn, von Unterbrechung zu reden, wo ein geschlossener Ablauf war. Wird ein solcher gewohnheitswidrig abgebrochen, so ist das Erlebnis der „Störung" gewiß. Wir haben es nun als einen besonderen Vorzug der analytischen Methode angesehen, daß in unserem Falle diese Störung aufzuklären war als Störung zweier parallel gehender Abläufe durch e i n a n d e r, und darüber hinaus, daß die Analyse das Bild einer psychologischen Analogie enthüllt, welche, wiewohl unsinnig, doch nicht so ganz unverständlich erscheint. Daß Blase und Uterus ähnlich, daß das Organ bei der Miktion und bei der Begattung ähnlich sind, ist nicht zu bestreiten. Anatomie und Physiologie können nicht widerlegen, was psychologisch gefunden wurde. Wir können diesen Nachbarschafts- und Ähnlichkeitsbeziehungen des genitalen und urinalen Bereiches jetzt, nachdem wir auf das Ablaufschema der Funktionen aufmerksam geworden sind, noch eine neue anfügen: den psychomotorischen Rhythmus der Leistung als ganzer. Den Harndrang erfahren wir gewöhnlich als einbrechend in scheinbar von ihm völlig fernliegende Tätigkeiten der Arbeit, des Alltags. Dieser Drang bestimmt uns dann zu jenen durch Erziehung, Sitte und Hausinstallation bestimmten motorischen Handlungen, welche der gesittete Mensch zwischen jene drängende Voranmeldung und die Ausführung zu legen gewohnt ist. Ist dies Zeremonial erfüllt, so beginnt ein meist viel intensiveres, drängendes, sinnliches Erlebnis, welches allgemein die Vorbedingung normaler Blasenentleerung ist. Mit ihm wird die aktive in eine passiv-hingebende, nicht ohne Lust erfahrene E r f ü l l u n g umgewandelt, der meist ein ebenso scharfer A b b r u c h folgt, wie der erste Einbruch es war: es setzt eine gleich fernliegende neue (oder die alte unterbrochene) Tätigkeit ein. — Wir können nun darauf verzichten, im einzelnen zu zeigen, wie diese Phasen des Einbruchs, der Voranmeldung, des spezifisch-menschlich-kulturellen Zeremonials, der zweiten Phase sinnlichen Dranges,

der erfüllenden Hingabe und der Rückkehr zu fernliegendem Tun auch di Geschlechtshandlung charakterisieren. — Diese Ähnlichkeit de phasisch-rhythmischen Prinzips ist aber überhaupt nicht eine Be sonderheit dieser beiden Beispiele. Sie findet sich ohne besondere Mühe be Nahrungsaufnahme, bei Spiel, Kampf, Schlaf, Werk und aller einheitliche Lebensgestalt wieder. Sie drückt eine Ähnlichkeit alles Lebensgeschehens mi sich selber aus.

Wir haben nun früher (S. 37) feststellen können, daß bei der simultane Überlagerung zweier solcher geschlossener Handlungen es in einem Augen blick zur Koinzidenz einander ausschließender Innervationen oder Gefühl kommen kann. Aber wir hatten damit kein Prinzip, warum es dazu kommen muß. Es war zu verstehen, daß ein gegenseitiger Ausschluß erfolgt, abe nicht, warum das sich Ausschließende gleichzeitig eintreten sollte Dies dort als Zufall Erscheinende verstehen wir als Unvermeidliches wenn eine ähnliche rhythmische Gebundenheit mehrere unserer Lebensakte beherrscht, so daß wir nicht leicht oder gar nicht von ihrem Gesetze ab weichen können. Die Rhythmusähnlichkeit erklärt die Kollision, die sonst zufällig schiene. Es wäre das so, wie wenn zwei verschiedene Menuette im gleichen Takt zugleich gespielt würden: Wir können keinem von beiden folgen. Sprechen aber zwei Menschen links und rechts von uns über ver schiedene Dinge, so folgen wir mühelos dem einen oder andern, und bei ge selliger Erfahrung beiden. Es ist aber auch ein vielfach bestätigter Satz der Neurobiologie, daß unser Nervensystem sich weigert, zwei geschlossene Hand lungen gleichzeitig zu vollziehen.[16] Wo ein Ganzes geschieht, da ist es auch ein Ausschließendes.

Aber dieser Satz ist einer von jenen, die sich selbst einschränken, sobald sie gesetzt sind. Und wir haben uns des weiteren hier mit nichts andrem beschäftigt, als mit der vormals unverständlichen Anziehung, welche zwei Leistungen aufeinander übten, um sich dann freilich zu stören. Das Bild, welches der Kranke uns dafür zubrachte, war das der geschlechtlichen An ziehung, die, soll sie im einsamen Individuum zum Austrag kommen, sich in die Phantasie einer Selbstanziehung wandeln muß. Das Bild der Bisexualität erläutert dann den Narzißmus, der Narzißmus das Bild der „sexuellen Be setzung" der Funktion der Harnentleerung. Das mahnt uns, die bisexuelle Herkunft des letzten Bildes doch nicht zu vergessen. Nie kann diese Herkunft gänzlich verleugnet werden, und wenn wir dies theoretisch fühlen, so möchten wir am liebsten doch vom Kranken selbst erfahren, daß das Zwielicht dieser

16) Zusammenfassend: Bethe, Handbuch der norm. und pathol. Physiologie, XV, 2.

Lesart doch gewiß nicht aus der künstlichen Beleuchtung einer Methode stammt, sondern „in natura rerum" entstanden ist. Der beste Zeuge ist doch er selbst, und bei ihm die Sprache seiner Taten und Worte.

Hörte man auf diese, so ist die Lage die, daß er ein Doppelleben führt. Seit Janet (und später Bleuler) das Apriori der Bewußtseins-Einheit, dies Bollwerk der alten rationalen Psychologie, erschüttert haben, hat uns der Begriff der Spaltung, auf welchen der der Verdrängung folgte, den größten Dienst erwiesen. Aber uns scheint, er sei auch von Freud noch nicht bis zu seinem vollen letzten Gehalt erschlossen worden. Wenn „ich mich" spalte oder verdränge, so ist diese personelle Ausdrucksweise nicht weniger problematisch als die gegenständliche der Lehre von Bisexualität und Narzißmus in der Neurosentheorie. Die Frage „wer wen?" bleibt ungelöst. Die dynamische Sprechweise der Psychologie setzt dafür „was welches", und diese objektiv-kausale Form wirkt nicht so beunruhigend wie die personelle, weil sie Affekte wie Objekte, ihre Verwandlung wie einen energetischen Umsatz behandeln kann. Aber dies ist eine Post-festum-Psychologie, und gerade die Psychoanalyse war es dann, welche in ihrem „Unbewußten" den unbekannten Raum zur Anerkennung brachte, in welchem ein unbekannter Betrag von Verdrängtem verschwindet; und so scheitert eine feste Abmessung der einander entgegengestellten Kräfte an der Ungreifbarkeit eines festen Beziehungspunktes. Wir haben also für die Frage, warum ein Affekt verdrängt wird, gewiß den besten Anhaltspunkt, den wir uns wünschen können, in der Größe seiner Gefahr. Es ist dies ein berechtigtes dynamisches Bild. Aber darüber, für wen oder was diese Gefahr zu groß ist, kann diese dynamische Erklärung nicht Auskunft geben. Es ist psychologisch nicht erklärbar, wenn eine Mutter die eigene Gefahr der des Kindes vorzieht. Man kann daher sagen: welcher von zwei solchen vitalen Werten die Oberhand gewinnt, das ist nicht an ihrem Kräfteverhältnis abzulesen, sondern ihr Kräfteverhältnis ist daran abzulesen, welche die Oberhand gewann. Der Psychologe ist hier immer Propheta ex eventu. Die so gegebene Situation läßt sich auch dahin formulieren: der Lebensvorgang benimmt sich auf zwei Weisen: er zeigt eine Entscheidung, deren Resultat als Dynamik abbildbar ist, aber er zeigt nicht eine Dynamik der Entscheidung. Mit andern Worten: wir können die Dynamik ablesen, aber wir sind darauf angewiesen, sie immer neu abzulesen. In der Art nun, wie und wo man ausführlich das dynamische Bild abzulesen versucht hat, liegen die bedeutsamsten Unterschiede der physiologischen, psychologischen und philosophischen Systeme. Es würde einen Gewinn bedeuten, könnte man erkennen, daß ihre Ergebnisse nicht so ver-

schieden sind, als es scheint. Wir haben nun alle Ursache, nicht nur dies zu vermuten, sondern auch von unserem Erfahrungsbeispiel aus eine Verbundenheit der physiologischen, psychologischen und logisch-metaphysischen Leistungen unseres Kranken ins Auge zu fassen. Nur dürfen wir über diesem Vergleichen die fundamentale Situation der Untersuchung nicht vergessen, die wir durch den Ausdruck „Grundverhältnis" auszeichnen wollen: daß die Dynamik nicht den Vorgang bestimmt, sondern der Vorgang in einer Dynamik resultiert.

Der erste Anhaltspunkt für die Richtigkeit dieser Auffassungen wäre der, daß es solche Quellpunkte für dynamische Verhältnisse, daß es solche Entscheidungsakte wirklich gibt. Der zweite wäre, daß sie die eigentlichen Entstehungsorte für Dynamik jeder Art, erscheine sie im physiologischen, psychologischen oder metaphysischen Bilde, sind. Auch würden wir die Berechtigung verlieren, die Entscheidung von einem dieser Bereiche für die andern herzuleiten. Vielmehr wird es darauf ankommen, ob sich zeigen läßt, daß alle diese Bereiche gleichmäßig von dem ihnen vorgegebenen Entscheidungsorte bestimmt werden. Eine solche Auffassung dürften wir dann als eine anthropologische bezeichnen.

Dafür, daß z. B. das Gefühl des Harndranges in einem bestimmten Zeitpunkt eintritt, haben wir im Alltag meist kein brauchbares Prinzip. Aufmerksamer werden wir, wenn ein Kind oder Erwachsener gerade beim Höhepunkt einer kirchlichen Zeremonie, beim Aufbruch zu einer Reise oder am Schreibtisch inmitten der Zuspitzung schwerer geistiger Problematik diese Unterbrechung erfährt. So können wir auch bei unserem Kranken A. zwar dem Eintritt des Harndranges keine interessanten Fragen abgewinnen, wohl aber der paradoxen Hemmung in der Phase des Vollzugs. Es gab zunächst keine andere Wahl für unsere Analyse der Unterbrechungswerte, als uns der Gruppe der unverständlichen, aber zugleich in ungewohnter und auffallender Weise einbrechenden Störungen zuzuwenden. Richten wir nun an diese die soeben entwickelten theoretischen Fragen, so fließt uns sogleich ein reiches Material zu. Wir haben es der Analyse nur zu entnehmen und, vermehrt um einiges früher Vernachlässigte, hier aufzuzählen.

1. Die Unterbrechung des Urinierens ist ein spezifisches Erlebnis des Kranken, wir nannten es „Symptom". Dieses Erlebnis, genauer ein spezifisches „Gefühl", bricht bei ihm auch im Fortgang der Analyse zuweilen ein, z. B. an den kritischen Punkten der Ödipusphantasie und der Kuppelphantasie. Wir gewinnen daraus die Anschauung, daß diesem Einbruch eines motorisch-sensorischen Geschehens ein spezifischer Stellenwert zukommt: der

„Unterbrechungswert" ist eine Krise in einem Ablauf. 2. Der Krisencharakter ist oftmals an dem Gefühl selbst abzulesen, auch wenn das Merkmal, dem wir am leichtesten glauben, es sei ein kritisches, nämlich die Angst, fehlt. Es ist aber der ganz eigentümliche Wert, der das kritische Gefühl auszeichnet, einer begrifflichen Darstellung offenbar unzugänglich, und eben diese Unzugänglichkeit bedeutet etwas für unser Verständnis: man kann eigentlich nur die um die Krise herum sich abspielenden Vorgänge darstellen. Allerdings erschien zuerst der Begriff Bleulers, die Ambivalenz des Gefühls, als geglückter Versuch, seiner kritischen Qualität den Namen zu geben. Aber auch von ihr gilt, daß sie der Beobachtung nicht gegeben zu sein braucht. Wir können daraus schließen, daß die beobachtbare Ambivalenz des Gefühls bereits ein abgeleitetes Phänomen, die Folge und ein Zeichen der Krise ist — nicht sie selbst. Aber seltenere Zustände und die Erfahrung der Meskalinvergiftung lehren, daß die Schmerzlust ihrer ambivalenten Spannung bis zur Aufhebung entkleidet werden kann — eben dann aber verliert sie auch ihre dynamische Bedeutung als Merkmal der Krise. Besser als Angst und Ambivalenz scheint uns die bis zum Ausschluß aller andern Bewußtseinsinhalte gehende Expansion des kritischen Gefühls die Krise zu kennzeichnen. In den höchsten Graden von Schmerz, Schwindel, Wollust, Schwäche und Angst ist das Merkmal der Alleinherrschaft bis zur Leere als gemeinsames festzustellen. 3. Die nächste Nachbarschaft mit der kritischen Wende haben dann die Willensstrebungen, aber wir würden nicht wagen, die Ambivalenz des Willens aus der der Gefühle abzuleiten — oder umgekehrt. Wir folgen vielmehr denen, welche die Ambivalenz auch auf dem Gebiete der Sinnesempfindungen, und hier nicht nur des Geschmacks und Geruchs, sondern der akustischen und optischen Qualitäten, also im Gesamtbereiche der Sinnlichkeit, finden. Dann zeigt sich, wie das Antinomische durch alle drei „Seelentätigkeiten" der alten Psychologie hindurchgeht.

6. Beispiele zur Dynamik der Symptombildung.

Als geglückte Beschreibung soll hier die einer Kranken Platz finden, bei der es sich um eine sexuelle Erregung mit abnormer Masturbation handelt (die Kranke litt ausschließlich an masturbatorischen Manipulationen an der Mamma): sie spricht von „der sinnlichen Sünde, die ich trotz des großen Schuldbewußtseins nie ganz als Schuld erkennen konnte und deswegen wohl besser als sinnlichen Zweifel oder sinnliche Unklarheit bezeichnet hätte". Die Stadien, die der Krise vorangehen, werden so beschrieben: „Ehe mich die sinnliche Freude so ganz ohnmächtig macht, denkt es bei mir egoistisch so:

willst du es wieder so weit kommen lassen und dich wieder dieser furchtbaren Traurigkeit und Trostlosigkeit aussetzen? (Nie: tue es Gott zuliebe nicht! Das ist die Sprache eines entfernteren Stadiums und die verzweiflungbringende Vorsatzsprache). — Ja, mach es nur gleich; du kannst es ja doch in deinem Leben nie umgehen; wenn es jetzt nicht ist, ist es in einer Stunde oder doch morgen oder dann in 8 Tagen, 14 Tagen, 3, 4, 5 Wochen. — Kaum sekundenweit von dem Freudenrausch entfernt, steht in meiner Seele gleichzeitig unfehlbar sicher fest: du kannst anders; du kannst nicht anders; du hättest bis hierher anders gekonnt; du hättest unter gar keinen Umständen anders gekonnt. — Darin, daß in meiner Seele zwei sich gegenseitig ausschließende Notwendigkeiten ihre Existenzberechtigung gleichzeitig behaupten und keinesfalls ein Oder zulassen, liegt eine Tragik ... usw. — Die sinnliche Sünde habe ich mir so definiert: Die Freude an der zum Zweck dieser Freude absichtlich hervorgerufenen sinnlichen Lust, die freiwillige Hingabe an dieselbe, das Aufgehen in ihr." Dies Zeugnis enthält klar, worauf es hier ankommt. Die „gleichzeitige Behauptung zweier sich gegenseitig ausschließender Notwendigkeiten" genügt nicht zur Charakterisierung des Gesamtvorganges. Wir erfahren genau, worauf diese Antilogik beruht, und wir hören es in drei Stufen des Bekenntnisses: die Gehorsamsprache gegen Gott ist die „verzweiflungsbringende Vorsatzsprache". Es ist die Dynamik in der religiösen Sphäre, aber sie wird schon projiziert auf eine psychologisierte Ebene. Diese ist auf der folgenden Stufe erreicht: „es denkt bei mir egoistisch"; der Dualismus von Gott und Mensch ist aufgegeben, aber der psychologische von Ich und Es ist entstanden, und dann hat auch der Egoismus eine psychologische statt der theologischen Farbe erlangt: aus Egoismus würde jetzt die Sünde unterlassen — nicht aus Gehorsam. Und als Resultat des vorher metaphysischen, jetzt innermenschlichen Konfliktes das Bekenntnis, daß die Schuld „nie ganz" als Schuld erkannt war; es mündet in der Prägung „sinnlicher Zweifel oder sinnliche Unklarheit", in welcher der sittlich-religiöse Konflikt in einer fast wertfreien Objektivität aufgehoben erscheint, deren maßgebender Wert eigentlich der der Klarheit ist — aber bemerkenswert genug nicht intellektuelle, sondern sinnliche Klarheit, statt der Position des Willens oder der Erkenntnis ist die fühlend-erkennende der Sinnlichkeit zum Maßstab geworden. Wir haben die Stufenfolge von Metaphysik und Religion über Psychologie zu Sinnesphysiologie auch in den Stadien der Analyse des Kranken A. verfolgt. Was dort nur in langsamer Arbeit zu gewinnen war, hat hier eine Begabung zur Selbsterfahrung in knappe Form zu bringen gewußt. Entkleiden wir den Rhythmus dieser Ent-

wicklung von der schwerfälligen wissenschaftlichen Nomenklatur, so bleibt doch unveränderlich der Durchgang des Menschen durch die so unterschiedenen Modi seiner Existenz oder, wieder gegenständlich gesprochen, durch die Sphären, darin er ist. Unser neues Beispiel ist knappe Selbsterfahrung, unser früheres konkrete Beschreibung, aber sie betreffen denselben Stoff. Gemeinsam ist ihnen der Umschlag der Sphären, eine Art diesseitiger Seelenwanderung, gemeinsam die innere Bindung, welche die Stadien des Weges an den Punkten der Aufhebung seiner Gegensätze erfahren haben. Wir lassen jetzt statt der Antinomien ihre Aufhebung nochmals sprechen: „die Freude an der zum Zweck dieser Freude absichtlich hervorgerufenen sinnlichen Lust" — ist „die Definition der Sünde", „die gleichzeitige Behauptung zweier sich gegenseitig ausschließender Notwendigkeiten", „es spricht egoistisch in mir". Oder im Falle A.: „diese sexuelle Erregung war gewissermaßen ein Abwehrmittel gegen die Angst vor dem Eingeständnis des Sexuellen"[17] (vgl. S. 44). Bei diesem Kranken war die Masturbation aber nicht mehr der Akt, in dem sich die Krise abspielte. An seine Stelle war die Harnentleerung getreten, welche nun mit denselben kritischen Konflikten ausgestattet wird. Wie erwähnt, trat das Symptom ein, als es ihm gelang, die Masturbation zu unterdrücken.

Wir führen noch eine zweite Beobachtung an, welche wiederum die Sexualisierung von pathologischen Symptomen verdeutlicht. Diese Kranke begab sich wegen quälender, täglich mehrmals auftretender Anfälle von Urticaria in Behandlung. In deren Verlauf ergibt sich, daß diese Anfälle gewöhnlich so auftreten: es beginnt mit einem Ärger oder Verdruß über irgendeine, oft harmlose Äußerung, besonders des Vaters, gelegentlich auch Bruders. Es spinnt sich ein inneres Hadern mit dem Vater, ein Grübeln über die verlorene Jugend überhaupt, das verpfuschte Leben, die unerfüllte weibliche Bestimmung an. Indem der Groll und die Erregung auf den Höhepunkt steigt, erfolgt plötzlich ein Umschlag: ein in der Zwerchfellgegend aufs höchste gestiegener beklemmender Druck bricht ab, die Kranke läßt sich gleichsam plötzlich fallen, und es breitet sich eine vollkommen eindeutig als sexuell erkannte Wollust nicht am Genitale, sondern über den ganzen Körper aus. Im gleichen Augenblick beginnt auch schon das Jucken, und der Ausschlag erscheint an Genitalien, Innenseite der Oberschenkel und Handflächen. Die urticariellen Papeln verbreiten sich dann auch über die übrigen Hautregionen. Die Kranke gibt an, die Masturbation nicht zu kennen. — Die Anamnese ergibt bei der 41jährigen Patientin eine völlig ausgeheilte Spitzentuberkulose.

17) Gemeint ist das Eingeständnis vor sich selbst.

Vor fünf Jahren Verlobung. Eines Tages stellt sich heraus, daß der Verlobte noch eine Geliebte hat, die venerisch sein soll, und der er versprochen, er werde sie auch als Verheirateter nicht aufgeben. Es gibt eine Auseinandersetzung, bei der sie sich aber den sonstigen Zärtlichkeiten nunmehr verweigert und die mit dem Bruche endet. Denn sie war nun plötzlich von einem physischen Ekel erfaßt — „sonst hätte ich ihm verziehen". In der folgenden Nacht war sie sehr unruhig, hatte am Morgen 38°, gegen Mittag 40,5°, und nun eine starke Angina (zirka 20 Stunden nach der kritischen Aussprache), an die sich eine später ausgeheilte Nephritis anschloß. Kurz nach Abheilung der Angina erfolgte der erste Ausbruch der Urticaria, und der erste Gedanke war: „jetzt bin ich angesteckt, und habe ich über ihn die abscheuliche Krankheit von jener Person bekommen".

Auch in diesem Beispiel ist die Krisen-Natur des Unterbrechungswertes sowohl wie die Sexualisierung des Symptomes deutlich. Man kann versuchen, den Fall der „Masturbation" der Mamma, den Fall der Miktionsstörung und den der Urticaria als eine R e i h e zu sehen, und wird dann bemerken, wie mit der Dislokation des O r t e s der Krise von der genitalen Region weg die Konflikte im Willkürbereich abnehmen und die organische Abnormität zunimmt. Fassen wir im dritten Falle die traumatische Entstehungskrise und die des späteren Symptoms als verschiedenen Ausdruck derselben Sache auf, so wäre die Angina ein Beispiel der bekannten Dislokation vom genitalen an den oralen Pol, die Urticaria ein Fall von Ausbreitung vom genitalen auf den cutanen Bereich; in beiden Fällen dürfte die Innervation der Gefäße ein wichtiges Instrument in der physiologischen Verwirklichung dieser Dislokationen sein. Diese Fälle darf man also als den Typus von Verdrängung bezeichnen, der von der Psychoanalyse um der „Abfuhr" der Affektenergie in den somatischen Bereich willen den Namen der „Konversion" erhalten hat.

Zweifellos hat es uns immer Mühe gemacht, diese Vorstellung einer Umwandlung psychischer „Energie" in körperliche (also immerhin als energetisch in irgendeinem Sinne faßbare) Vorgänge wissenschaftlich zu vollziehen. Dieser Schwierigkeit steht dann die andere gegenüber, Psychisches im beständigen Abhängigkeitsverhältnis von somatischen (wie von Umwelt-) Vorgängen zu betrachten. Die „Aktualneurose" der Psychoanalyse ist kein besonders konsequentes Stück ihres sonst so außerordentlich durchsichtigen Aufbaues. Man möchte z. B. auf die psychische Determination eines Kopfschmerzes nicht gerne verzichten, nachdem man sie für Angst und Funktionshemmungen aller Art bekommen hat, und man möchte nicht statt der psychischen die organische Erklärung annehmen, nur weil die psychische noch nicht gelang, ohne

daß doch das Prinzip solcher Grenze der Psychologie begriffen wäre.[18] Halten wir den Ausbruch aus dem Psychischen und den Einbruch in das Psychische nebeneinander, so liegt eine andere Lösung des Problems näher. Es wäre die, daß beiden dasselbe zugrunde liegt, nämlich eine kritische Wendung des Geschehens in seinem Ablauf, die als Unterbrechung erscheint, in Wahrheit aber einer Wandlung der Konstellation, und zwar sowohl der psychischen wie der physischen, entspricht. Diese Auffassung muß um so mehr an Boden gewinnen, je besser es gelingt, solche Unterbrechungen wirklich als Wandlungskrisen zu beweisen. Damit würde dieser vorerst nicht ganz deutliche Begriff allmählich seinen Inhalt bekommen, wiewohl schon die bisher entwickelten Zusammenhänge zu seiner Bestimmung manches beitragen. Es ist eine sehr abgekürzte und rohe Ausdrucksweise, wenn man die Worte psychisch und somatisch (oder: physisch, oder: organisch) nebeneinander stellt. Auch wir haben uns in der Analyse des Falles A. damit begnügt, die physiologischen Schemata und die „psychologischen" Aussagen des Kranken nebeneinanderzustellen, um sie nur irgendwie zu konfrontieren. Es ist, als ob man in solcher psychophysischer Darstellung das Psychische und das Physische in einer unbewußten Raumanschauung nebeneinanderstellte — ein sehr zu beanstandendes Vorgehen. Allmählich aber entwickelte sich dann statt dieses Vorgehens ein dynamisches Analogieverfahren, das von jener primitiven Darstellung sich entfernt. Es kommt dann nicht darauf an, daß einem körperlichen Element oder Moment ein seelisches entspricht, sondern daß ein ganzer dynamischer Zusammenhang der einen Seite einem ebensolchen der andern ähnlich sei. Diese Ähnlichkeit ist wiederum nicht, wie sich zeigte, eine geometrisch-optische, sondern eine rhythmisch-phasische von Verläufen, in denen über Krisen Wandlungen erfolgen. Brechen wir aber diese formalen Hinweise auf die Methode ab und versuchen, zur Analyse des Falles A. zurückkehrend, zu zeigen, was sich bei ihm gewinnen läßt.

Die zwei weniger genau studierten Fälle konnten uns lehren, daß der im Falle A. beschriebene Konflikt zwischen dem genitalen und urinalen Funktionsbereich nicht die einzige Lösung auf pathologischem Wege ist. Indem die sexuelle Handlung und der Orgasmus an die Mamma verlegt wird, ist eine Ablenkung erfolgt, die das Sexuelle noch kaum verbergen kann und doch schon das Bestreben, es unsichtbar werden zu lassen, andeutet; statt vom Verdrängen des sexuellen Vorganges könnte man von einem Verlagern

18) Vgl. z. B. Freuds Ansichten zur Epilepsie im Almanach der Psa. 1930: Dostojewsky und die Vatertötung.

sprechen. Ein ähnliches, aber von den masturbatorischen Bewegungen im Bereich „willkürlicher" Muskeln schon befreites Wegdrängen kann man dann in dem anderen Falle der Sexualisierung der Haut und ihrem urticariellen Ausschlag erkennen.[19] Hier ist die Verdrängung schon besser gelungen: der motorische Anteil des Vorganges ist auf ein unwillkürliches Innervationsgebiet, das vasomotorische, übergegangen (vermutlich besteht eine Beziehung zwischen der Hyperämisierung des genitalen und des cutanen Bereiches), und nur der sexuelle Charakter der Sensationen ist, wiewohl abgewandelt, doch noch erlebbar. Eine dritte Lösung lernen wir dann in Gestalt der Angina kennen, in der wir eine vollwertige Verdrängung des sexuellen Aktes in Form der „Konversion" vermuten könnten. Hier ist von dem sexuellen Erlebnis sowohl wie von der zugehörigen Motorik keine erkennbare Spur übriggeblieben. Dieser Fall ist es daher, welcher den Widerspruch derer hervorruft, welche nur auf die Erscheinungsweise des Vorganges sich stützen und die Dislozierbarkeit und Verwandelbarkeit des Sexualvorganges in einen anders erscheinenden daher ablehnen. Mit ihm werden wir uns später eingehend zu befassen haben.

Derartige Fälle nun weichen vom Falle A. insoferne ab, als nicht wie in ihm die Kollision der geschlechtlichen und der nichtgeschlechtlichen Funktion zuletzt in der einander ausschließenden Beanspruchung desselben Muskels durch eine kontrahierende und eine erschlaffende Innervation mündet, die eben am g l e i c h e n O r t g l e i c h z e i t i g nicht vollziehbar ist. Ein solches „Entweder-oder" simultaner und lokaler Art liegt in den anderen Fällen nicht vor. Statt dessen bekommen wir eine Konfliktlösung, die nicht weniger pathologisch ist: die Sexualhandlung wird d i s l o z i e r t und damit ihres Ziels und Erfolgs, ja ihrer Gestalt beraubt. Betrachtet man die Dinge indes genauer, so ist der Unterschied nicht so groß und liegt zuletzt mehr an der Ausdrucksweise. Denn wir konnten auch bei A. von einer libidinösen Besetzung der Harnentleerung und bei den anderen Fällen von einem Entweder-oder und gegenseitigen Ausschluß der normalen und der pathologischen Geschlechtsbetätigung sprechen. Was sich nach diesen Erwägungen ändert, ist eigentlich nur unser physiologisches Schema (S. 37), das nun zu eng geworden ist, weil es weder das Prinzip der Dislokation noch das der „Ersatzbefriedigung" darstellt. Wir möchten aber den Terminus der „Ersatzbefriedigung" nunmehr fallen lassen, um ihn durch einen unpsychologischen zu ersetzen.

19) In beiden Fällen fehlte ein genitaler Orgasmus völlig. — Übrigens darf auch die Masturbation der Genitalien als eine partielle Dislokation der Geschlechtshandlung und -empfindung auf die Hand usw. angesprochen werden.

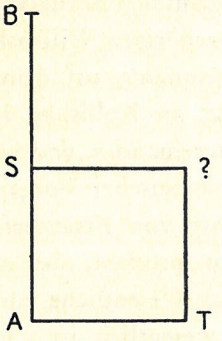
Denn wir glauben, unterdessen einiges geklärt zu haben, was zu den Bedingungen solchen psychischen Ausgleichs gehört. Es ist offenbar dies, daß eine phasisch-rhythmische Ähnlichkeit zwischen zwei psychophysischen Abläufen bestehe, die sich sowohl anziehen als ausschließen, bezw. abstoßen. Es gibt im Konflikt zwischen dieser anziehenden und abstoßenden Kraft dann zwei Lösungen: sie müssen entweder ungleichzeitig und somit sukzessiv ablaufen oder sie müssen in „versuchter" Gleichzeitigkeit ein neues Ablaufgeschehen produzieren. Wenden wir diese Vorstellung auf pathologische Fälle an, so sind Gewinn und Verlust in jedem der beiden Lösungsversuche zu beurteilen. Die Kranke, welche hauptsächlich die Willensantinomie vor der masturbatio mammae erlebt, bekommt keine Funktionsstörung auf nicht genitalem Gebiet, aber sie erfährt auch keinen genitalen Sexualakt. Der Kranke A., welcher auf die Masturbation und die zugehörigen Willenskämpfe verzichten gelernt hat, erfuhr dafür die Funktionshemmung auf dem Gebiete der Harnentleerung. Was also im Willensvorgang an Kollision verschwindet, erscheint in der Kollision der Funktionen untereinander, und was an Sexualität verschwindet, erscheint als nicht-sexueller biologischer Vorgang — und, jeweils, umgekehrt. Wir ziehen es also vor, statt von Ersatzbefriedigung hier allgemein von dynamischer Umwandlung zu sprechen; aber es ist nicht die Transformation einer Energie (der Libido) das Wesentliche, als könnte s i e verschiedene Gestalten annehmen; sondern wesentlich ist gerade umgekehrt eine F o r m ä h n l i c h k e i t d e r D y n a m i k, welche gestattet, einen Inhalt (z. B. den sexuellen) preiszugeben und durch einen anderen Inhalt (z. B. eine Angina, Urticaria, Urinentleerung) vertreten zu lassen. Der Unterschied der Betrachtungsform kann uns gleichgültig sein, solange wir uns gewissermaßen außerhalb der Krise als Betrachter verhalten. Geraten wir indes selbst in eine derartige kritische Entscheidung, so ist uns der Kampf eben darum aufgenötigt: entweder durch einen spezifischen Inhalt festzuhalten o d e r einen anderen dafür zu akzeptieren, also uns mit seiner F o r m zu begnügen. Die Frage ist dann nicht mehr, ob dies eine Ersatzbefriedigung ist oder bloß eine Abwechslung der Tätigkeiten. Sondern die Frage ist, ob der „Ersatz" eine Befriedigung schafft oder ob er zurückgewiesen wird. Es ist wieder der Fall, in dem die Entscheidung die Dynamik ausweist, aber von keiner Dynamik eine Entscheidung zu erwarten ist.

7. Die Quadratskizze und die Angina.

Keine wissenschaftlich oder künstlerisch gestaltende Darstellung kann ein solches H i n e i n g e h e n in den Zustand kritischer Entscheidung ersetzen,

und nur von ihm aus wird verständlich, daß überhaupt die Darstellun des Geschehens auf zwei verschiedene Weisen erfolgt: auf die dynami sche und die genetische. Wir dürfen aus jeder Krankengeschichte ent nehmen, daß der Kranke diese zwei Wege einschlägt, um seine Krankhei darzustellen, und daß er sie darstellt, um die Krankheit zu erhalten. In de genetischen Darstellung kommt die Krankheit von etwas. Die Zeugung schu die Bisexualität, die Bisexualität hatte die Anziehung der Mutter, die Ab stoßung des Vaters im Gefolge, das Ödipustrauma schuf die Basis der Neu rose. In der dynamischen Darstellung kämpfen Sexualität und Harnent

5. Skizze des Kranken.



leerung um den Besitz des Organs, um den Moment seiner Tätigkeit, um di „letzte gemeinsame Strecke" der Innervation; in ihr kämpft das Mann-sei mit dem Weib-sein, kämpft die Geltung des Ichs gegen die Umwelt, kämpf die Geltung des freien Willens gegen die natürliche Notwendigkeit — kämpf das Ich mit dem Es.

Beide Reihen, die genetische und die dynamische, sind in dieser wie i jeder Krankengeschichte darstellungsmäßig zum Vorschein gekommen. Ih Verlauf hat erwiesen, daß die Darstellung der einen so wenig wie die de andern das Symptom völlig auflösen und beseitigen konnte. Indem di Ebene des Geschehenen in die Ebene des Erkannten gehoben wurde, geschal noch nicht die Wandlung, welche eine Verwandlung ist. Der Kranke finde in einem Abschnitt der Behandlung, der der Vergegenwärtigung seines Sym ptombaues gewidmet ist, dafür wieder einen anschaulichen Ausdruck in fol gender räumlichen Darstellung: Bei B liege der Anfang der Krankheit ode ihre Vorbereitung, bei S habe sich das (sexuelle) Symptom gebildet, dann s die Angst immer mehr gestiegen, bis bei A die Therapie eingesetzt habe, di jetzt am Punkte T angelangt sei.

Dies besagt, daß der Erfolg der Therapie in bezug auf „das Symptom" als rechter Winkel, als Richtungswendung zu buchen ist. Der Fortschritt ist da, aber in bezug auf „das Symptom" ist er unvollständig. Der Kranke gibt an, „das sei wie ein Quadrat"; wenn die Sache an den Punkt ? gelangen könnte, würde das Symptom verschwinden. Später: Der Weg von A nach T stehe zu dem Stück S bis A, der Weg von T nach ? zu dem Stück B bis S in Korrespondenz.

Diese wirklich ein wenig genial anmutende Quadratur des neurotischen Kreises läßt über den wahren Sachverhalt so manches ahnen, was wir noch nicht auszusprechen wagen. Genese und Dynamik erscheinen hier durch eine Gleichgewichtsbedingung bisher unerkannter Art verbunden. Wenn ein bestimmter Weg durchlaufen wird, dann tritt die richtige Funktionsordnung ein — dies ist der wörtlich von A. ausgesprochene Sinn des Schemas. Dieser Satz sagt nichts, was nicht auch die Psychoanalyse immer gelehrt hätte. Aber das Schema fordert doch noch ein Mehr an Notwendigkeit und Struktur in seiner Bindung von Genese und Dynamik; so, als sei die Neurose nicht nur eine „Regression" oder ein „Infantilismus" und als sei die Therapie mehr als eine Nachreifung oder Nacherziehung; das Schema nämlich zeigt so etwas wie eine Integration, die in dem Bilde des Quadrates sowohl die Neurose wie auch ihre Aufhebung in einem Gleichgewicht darzustellen vermöchte. Wir werden dies Problem schon darum nicht mehr aus den Augen verlieren, weil die weitere klinisch-analytische Entwicklung des Falles selbst darum wie um einen Brennpunkt zu kreisen beginnt. Da nämlich die folgenden Wochen in der Tat so etwas wie eine Zertrümmerung des Symptomenbildes bringen, rückt die Entwicklung von nun ab in die Phase der Aufwärtsbewegung an der rechts liegenden Quadratseite.

Dabei wird eine organische Seite in überraschender Weise offenbar. Dem Vorhaben unserer Forschung, die körperliche Seite in die Neurosenanalyse einzubeziehen, um ein Verständnis psychophysischer Ausgleiche allgemeiner vorzubereiten, konnte diese Überraschung nur erwünscht sein. Der Eindruck, daß gerade das Überraschende, also solche Einbrüche, die uns nicht kalt lassen, sondern erregen, das Erkennen fördern, war in diesem Falle freilich vorbereitet durch eine Anregung, die mein Mitarbeiter Dr. Vogel gab, als er nach erfolgreichem Abschluß der Behandlung einer hysterisch Gelähmten bei ihr eine Angina beobachtete. Sie trat unmittelbar nach einem starken erotischen Erlebnis auf, um dieses auch zunichte zu machen. Er vermutete, daß dieses Erlebnis zwar durch den Erfolg der Therapie, die wieder-

erlangte Liebesfähigkeit, ermöglicht war, sein Abbruch durch die Angina aber der Ausdruck einer Inkonsequenz der Liebe, vielleicht das Resultat unvollständig gebliebener „Heilung" sein müsse.[20] Es ist nur billig, daß diese Anregung hier vermerkt und dem weiteren Bericht über den Patienten A. vorangestellt wird. Denn obwohl wir als Internisten uns längst gewöhnt haben, gerade bei Infektionskrankheiten der psychischen Situation großen Wert zuzumessen, weiß ich doch nicht, ob ohne die Studien über Angina, die sich jener Anregung anschlossen, ihre Bedeutung für A. so leicht die Aufmerksamkeit gefesselt hätte.

Einige Tage nach einer Sprechstunde, in welcher der Kranke eher rückfällig schien und infolge besonders starker Widerstände eine morose Stimmung geherrscht hatte, kam ein Brief, in welchem er sich in höflichen und anhänglichen Worten entschuldigte, weil eine Halsentzündung ihn ans Bett feßle. Als er nach einer Woche wieder erscheint, vermag er folgendes zu berichten: er sei nach der letzten Behandlungsstunde in die seminaristische Übung gegangen und habe sich da ganz besonders frei von seinen Zwangszuständen gefühlt; während er sonst nicht wagte, den Mund aufzutun, habe er diesmal lebhaft mit eigenen Meinungen in die Diskussion eingegriffen. Nach dem Seminar traf er einen Bekannten aus seiner Schulklasse, und während er zu diesem sonst keine nähere Beziehung pflegt, unterhielt er sich diesmal recht gut mit ihm. Es handelt sich um jenen Schulkameraden, der nicht besonders angesehen war und im Rufe stand, allzuviel den Mädchen nachzusteigen; in allem war er das ganze Gegenteil jenes anderen, der immer Primus war und den er wegen seiner strengen Sittlichkeit und seiner Leistungen beneidete, bewunderte und fürchtete. Sein Heimweg zwang ihn dann zu kurzem Alleinsein, aber zu Hause angekommen, empfand er ein ungewöhnliches Befreitsein vom Symptom, und auch hier vermochte er im Gegensatz zu seiner gewohnten Gedrücktheit mit Stiefmutter und Bruder sich besonders gut zu unterhalten; so geriet er in warme, eigentlich zärtliche Stimmung gegen beide. Als diese zu Bette gingen und er allein blieb, empfand er eine Leere; er hätte gewünscht, mit ihnen oder sonst jemand so immer weitersprechen zu können. In der „Illustrierten" fand er dann ein Bild der Königin Natalie von Serbien, die ihm gefiel; er denkt, er muß sich jetzt doch auch bald ein Mädchen aussuchen. Aber nun wird, was schon auf dem Heimwege in ihm zu kämpfen begonnen, deutlich, daß ihm diese übermäßig weichen Gefühle, diese Rührung, sehr unangenehm sind, daß das doch unmännlich sei, daß er dadurch b e l e i d i g t sei. Das Wort „blamiert" paßt für den Zu-

20) Eine Skizze des Falles ist S. 110 unter Ziffer VI gegeben.

stand nicht, „obwohl es eigentlich richtiger wäre". Nun sitzt er in der Küche und friert, versucht ein Buch nach dem anderen zu lesen, wagt lange nicht zu urinieren, weil er Angst hat „wegen der Rührung". Als er am anderen Morgen aufwachte, war er zerschlagen und in einem Zustand, wie wenn „das Symptom" ihn vorher stark befallen hat; er hat aber Halsweh und Magenbeschwerden. Nun schreibt er den Entschuldigungsbrief in ausgesprochen freundlicher Stimmung an seinen Arzt, ist aber zugleich heilsfroh, daß er nun nicht zur nächsten Stunde zu kommen braucht. Nun muß er ganz stark und zärtlich an seinen vor einem Jahre an Magenkrebs verstorbenen Vater denken, zu dem ihm diese Gefühlsbeziehung sonst ganz abhanden gekommen war. Er erinnert sich, daß auch der Vater Magenbeschwerden hatte und er für seine Leiden doch gar nicht das rechte Mitgefühl gehabt und sich seinen Zustand nicht klar genug gemacht habe. Er hatte zwei Tage Fieber und wurde nach vier Tagen ganz gesund. Er hat all die Tage nicht an die Analyse gedacht.

Der Kranke äußert zunächst, er müsse wohl eine Erkältung gehabt haben. Auf die Frage, ob die Angina etwas mit der Neurose zu tun habe: Ja, er habe sich überlegt, daß er in den Jahren der Neurose (es sind etwa drei Jahre) nie so etwas gehabt und eine „viel größere Widerstandskraft gegen das Eindringen von so etwas" gehabt habe; auch, daß er überhaupt gegen körperlichen Schmerz und dergleichen ganz unempfindlich gewesen, wenn er recht in der Neurose drin war; im kältesten Winter habe er in Hemd und Unterhose in der Küche sitzen können, ohne zu frieren. Auf jenen Nachmittag vor der Angina eingestellt, kommt der Kranke zunächst in Abstraktionen auf seinen Zustand zu sprechen. Er schildert, wie sein gerührtes Gefühl sein Ideal-Ich beleidige und er dann gerade wieder besonders stolz auf seine Überlegenheit werde und wie das dann so im Kreise herumlaufe. „Wenn ich dabei bin, mein Ich-Ideal zu bekämpfen und mich dem Gefühl hingebe, werde ich ganz gerührt; je gerührter ich dann bin, um so mehr muß ich dann meinen männlichen Stolz aufrichten." So habe eben an jenem Abend diese unangenehme Rührung eine große Rolle gespielt. Er habe gedacht, wenn er jetzt nur jemand hätte, mit dem er sich aussprechen könne, und dann auch wieder gefürchtet, daß diese Rührung durch den Besuch der nächsten Sprechstunde sich noch verstärken könnte, und dagegen habe er Trotz empfunden. Auf eine Frage bekundet der Patient mit Bestimmtheit, die Widerstandslosigkeit gegen die Infektion habe eingesetzt, als er sich von jenem Schulkameraden, den er eigentlich um seine Robustheit in Gefühlssachen beneidet, getrennt habe. Was denn aus der Rührung so Schlimmes hätte entstehen können? „Daß ich

masturbiert hätte." Wer denn nun eigentlich die Hauptperson bei der Angina gewesen sei? „Ja, doch eigentlich mein Vater." Der ist ihm am ersten Tage derselben ganz nahe gewesen. „In der Angina war ich anders wie sonst. Ich konnte überhaupt wieder mich selbst empfinden." Er betont nochmals die Aufhebung seiner Gleichgültigkeit gegen Hitze und Kälte in der Neurose, und erinnert nun, daß er die letzte Krankheit vor vier Jahren zu Beginn seiner Neurose gehabt hat, nämlich eine infektiöse Gelbsucht. Ihm fiel damals auf, daß der Urin ganz braun war, und er eilte erschreckt damit zu seinem Vater. Er erinnert jetzt, daß er am Tage zuvor auch damals in einer ganz besonderen Stimmung war, in der er sich allseitig und unter Zuhilfenahme eines Handspiegels im großen Spiegel betrachtete und sehr mit sich zufrieden war. Dann wurde er krank und hatte auch damals diese besondere Fähigkeit, sich selbst zu empfinden. Auf die Angina und ihre Bedeutung zurückkommend, äußert er noch, er habe bei ihr einmal erleben können, daß man eben auch noch andere Körperteile als immer nur den einen (sc. das Genitale) hat, die doch genau so wichtig sind. In den auf diese Sprechstunde folgenden Tagen hat der Kranke seit Jahren zum erstenmal wieder vier- bis fünfmal täglich normal uriniert, während er bis dahin nur einmal nach Tisch und einmal spät in der Nacht unter ganz besonderen Bedingungen urinierte und dabei jedesmal etwa 15 bis 30 Minuten dazu brauchte.

Zunächst also hat diese Halsentzündung auf niemanden den Eindruck einer Krise von biographischer Bedeutung gemacht, wie es so auffallend z. B. auch in dem früher skizzierten Falle (S. 59 f.) sich aufdrängt. Und wenn unsere dort angeschlossene Bemerkung, daß man die Krise selbst nur uneigentlich, nämlich durch Beschreibung und Vergleichung der ihr voran- und nachfolgenden Zustandsbilder darstellen kann, also als eine Wandlung, so müssen wir unseren Bericht jetzt nach rückwärts und vorwärts ergänzen.

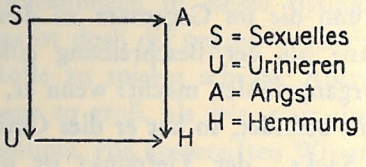
Um aber, wie man in der Strategie sagt, die Kriegslage des neurotischen Kampfes im ganzen zu übersehen, muß geschildert werden, wie sich dieser „Kampf des Ideal-Ichs" zu jener Zeit darstellte. Wir haben die bisexuelle Polarisierung alles Konfliktstoffes bei dem Kranken sehr ernst nehmen müssen; auch die (S. 43 zusammengestellte) Mannigfaltigkeit[21] der Darstellungsweisen eines bisexuellen Kräftepaares sprach für eine starke Gemeinsamkeit dieser Art. Aber man darf sagen, daß die Bisexualität dort immer intrapsychisch und (im Symptom) intraorganisch, mit einem Worte: introjiziert geblieben war. Am Tage vor der Angina nun ändert sich dies, und man darf sagen,

21) Dem Protokoll zufolge ist dieses Material noch viel reicher, als aus der hier gegebenen Darstellung hervorgeht.

es sei kein Zufall, daß diese Änderung etwa 14 Tage nach der Quadratskizze und einer darauf erfolgten analytisch vollwertigen Einsicht in das Wesen der Sexualverdrängung eintrat. Wir greifen daher nochmals zurück und berichten:

A. erklärt zwei Tage nach der „Quadratskizze", er habe in den letzten Monaten der Therapie mehr gearbeitet und gelernt als bisher in vier Semestern. (Tatsächlich hatte er beim Eintritt in die Behandlung den Kollegbesuch völlig eingestellt.) Alsdann kommt die Identifizierung von Blase und Uterus zur Sprache, wobei A. plötzlich so ein Gefühl des Ekels bekommt, wie damals bei dem „Aufklärungsvortrag" in der Schule. Dann: Damals habe er auch die Seidenstrümpfe und den Büstenhalter der Mutter angezogen; das alles habe ihm solange Spaß gemacht, als kein anderer dabei war. — „Es war so, daß eben auch beim Urinieren wie beim Geschlechtlichen eine Handlung dabei war, wodurch es öffentlich wurde." Und dann sei es eben so gewesen, als ob er seine Genitalien von sich habe weg tun wollen und dadurch die Macht über das Sexuelle verloren habe. — Ich erklärte A., daß er damit die Verdrängung und die durch sie entstehende Macht des Verdrängten über ihn beschrieben habe. — Und dann sei das Herausfließen des Urins mit einem ähnlichen Gefühl in der Harnröhre verbunden gewesen, und dies, wie die ganze Notwendigkeit beim Urinieren mit dem Gliede zu manipulieren, habe die Reinheit gestört, die er durch die Unterdrückung des Sexuellen und der Masturbation gewonnen zu haben geglaubt hatte. Es war dann eine Art Willenswiderstreit zwischen Urinierenwollen und -nichtwollen. Diese Klärung erscheint in einer Skizze zusammengefaßt, welche bereits am gleichen Tage wie die „Quadratskizze" entstanden war: Man sieht, wie das

6. Skizze des Kranken.

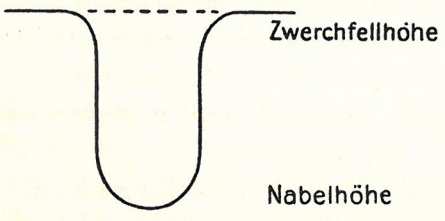


Sexuelle, bezw. seine Verdrängung einerseits zur Angst und andrerseits zur Besetzung des Urinierens führt, welch gemeinsamer Ursprung dann in einem gemeinsamen Effekt: der Hemmung, wieder resultiert. Die von Freud später in den Vordergrund gestellte Funktion des Über-Ichs taucht in der Skizze nicht auf, erscheint aber in der Interpretation des Textes unter dem Begriffe der „Reinheit". A. berichtet daran anschließend, daß der Harndrang

und die sexuelle Phantasie oft beim Arbeiten einbricht, wenn er sich von der Umwelt ganz ab- und dem Buche oder einer schwierigen Frage ganz zuwenden will. Denn dies eben sei mit dem Hochgefühl verbunden, er sei eben viel geistreicher und könne mehr als die andern. Und die geistige Arbeit brauche nur die Vorderhälfte seines Kopfes, während in der hinteren dauernd bewußt oder unbewußt die Sexualität[22] sei und so die beiden Hälften einen Gegensatz bilden.

Nachdem hierauf das Symptom vorübergehend ganz nebensächlich geworden war, glaubt A. für eine neuerliche Verschlimmerung desselben zwei konkrete Anlässe anmelden zu können, die nicht schwer als beginnende Extraversion der „homosexuellen" Komponente seiner Geschlechtlichkeit zu erkennen sind. Der eine Fall: er ließ einen kleinen Jungen vom Hause mit sich auf dem Rade fahren. Nach der Rückkehr hört er ihn heulen und kann die Idee nicht loswerden, die Mutter des Kindes habe Verdacht, er verführe es zu päderastischen Handlungen. Zweitens: das Studium der Sittlichkeitsparagraphen hat ihn auf eigene Möglichkeiten und Aufregungen gebracht. Und nun ergibt sich überhaupt, daß die Juristerei ihm wie eine Art Widerspruch und Beeinträchtigung seiner Gefühlsseite oder (an späterer Stelle) seiner femininen Seite sei. Hierauf folgt eine Skizze, die aber nicht recht

7. Skizze des Kranken.



plastisch werden will, und die im Gegensatz zu den früheren weniger den Eindruck einer Phantasie als der Beschreibung einer echten körperlichen Wahrnehmung, eines Organgefühles, macht: wenn er, so erläutert er, sich im Kampfe seines Ideal-Ichs befindet, so hat er dies Gefühl eines in den Bauchraum herabhängenden Sacks, „der Tiefpunkt ist der Zustand ängstlicher Schwäche, wie sie mit dem Symptom und dem Gefühl, kompromittiert zu sein, verbunden ist". „Wenn es gelänge, diese Senkung herauszuheben, so daß sie in der Höhe der gestrichelten Linie ausgeglichen wäre, würde der Unterschied zwischen oberer und unterer Körperhälfte verschwinden." — Die

22) Ähnlich in Galls Phrenologie.

meisten Menschen, welche die Angst einer Sorge oder Verzweiflung kennen, haben das schwer zu beschreibende Gefühl in dieser Körpergegend erfahren. Der Nachmittag, an dem diese Skizze entsteht, ist kein anderer als der Vorabend der Angina, und wir dürfen mit allem Vorbehalt der Deutung festhalten, daß ihr also zwei Dinge vorangingen: eine Belebung der Sexualität im homosexuellen Sinne und eine Einbeziehung der Berufssphäre in den neurotischen Konflikt. Beides wiederum gehört zusammen: der juristische Beruf erscheint als Widerspruch gegen die feminine Gefühlsseite. Soll die Angina aber wirklich als Krise gelten, so ist zu erwarten, daß in diesen Beziehungen nun auch eine Wandlung eintritt. Nach Beendung der Besprechungen über die Halsentzündung äußert A., er fühle ja immer mehr, daß „alles auf eine Entscheidung dränge". Das Symptom stehe wieder sehr im Mittelpunkte, „vielleicht, weil ich in den Pfingstferien gar nichts g e a r b e i t e t habe". Das Sexuelle beim Urinieren sei nach der „Auflösung des Ideal-Ichs" erst ganz deutlich geworden. Dabei kommt aber, wie erwähnt, heraus, daß A. seit der Angina und seit vielen Monaten zum ersten Male wieder zu allen Tageszeiten vier- bis fünfmal täglich und ohne Hemmung durch die Umgebung uriniert.

Tatsächlich hat eine neue Phase der Therapie begonnen; denn es erweist sich, daß die paranoide Beeinträchtigung durch den „Anderen, der zuhört", dauernd verschwunden bleibt und bisher nicht wiederkehrte. Mit der Zurückziehung der paranoiden Projektion ist dann zum eigentlichen Thema der Analyse ein ganz neuer Kreis von psychischen Leistungen geworden: man kann ihn etwa in die Worte „B e r u f u n d S a c h l i c h k e i t" einfangen. Wir werden von den Ergebnissen dieser Periode zunächst nur soviel mitteilen, als zur Analyse der Angina notwendig ist. Denn es wird nicht leichtfallen, das so außerordentlich kompliziert erscheinende Gewebe der prae- und postanginösen Erscheinungen in einem dynamischen Gesamtbilde zu ordnen, in welchem, das ist doch die gegenwärtige Fragestellung, die Angina selbst eine kritische Rolle zu spielen scheint. Aber vielleicht erscheint die Schwierigkeit nur solange so groß, als wir, statt das Nächstliegende in der Sache zu ergreifen, bestimmte, von ausgereiften Wissenschaften hergenommene Begriffe heranbringen, die nicht angemessen sein können. Und man darf sagen, daß die so unwahrscheinlich klingende Vermutung, die Angina habe etwas mit der Neurose zu tun, in dem Augenblick schon ganz annehmbar wird, als man sich die Mühe nimmt, den Hergang der Geschichte ruhig anzuhören, und dabei den Anspruch fallenläßt, man wüßte sonst und an und für sich, w a s eine Angina eigentlich sei. Bakteriologie, Histologie und

Immunforschung dürften diesen Anspruch selbst nicht erheben. Die Geschichte des Kranken nämlich erzählt deutlich genug, daß mit der Erkrankung des Halses eben e i n peinlicher Zustand durch einen a n d e r e n abgelöst worden ist. Soviel ist ferner gewiß, daß dem Kranken selbst einfiel, er habe seit der neurotischen Symptombildung dergleichen nie gehabt, da er eine erhöhte Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen äußere Einwirkungen besessen, und daß erst mit dem Eintritt der „gerührten Stimmung" auch eine körperliche Widerstandslosigkeit von ihm erlebt worden ist. Er hat also selbst schon die erste Erklärung, er müsse sich erkältet haben, durch eine vertiefte zweite ersetzt: es war eine erhöhte W i d e r s t a n d s l o s i g k e i t „gegen das Eindringen von so etwas" eingetreten, und die ist unverkennbar nichts anderes als die beleidigende Rührung. Die E r k r a n k u n g, dies wäre das Ergebnis, ist die Antwort auf die Beleidigung: sie ist eigentlich die Folge einer K r ä n k u n g. Wir sind aus dem bisher mitgeteilten Gang der Analyse daran gewöhnt, daß ein vorhandenes Symptom in der Erfahrung und Behandlung des Kranken Anlaß zu kausalen und moralischen Deutungen wird, daß diese in psychologischer Objektivierung untergehen, um dort mit anderem Inhalt wieder aufgerichtet zu werden. Aber wir sind dadurch doch nicht darauf vorbereitet, daß auch einmal das Umgekehrte eintreten würde: daß aus diesem Zusammenhange von Deutungen, Urteilen und Selbsterfahrungen heraus sich ein neues Symptom bilden würde. Und obwohl die ganze analytische Bemühung (nämlich: der Entstehung der falschen Organfunktion aus der Bewußtmachung ihrer psychischen Genese auf die Spur zu kommen) ein solches Vorkommnis stillschweigend voraussetzt, ist das Erlebnis des Therapeuten paradoxerweise von gänzlich anderer Art, wenn ein Organsymptom sich bildet, als wenn es vergeht. Das Exempel auf die Rechnung der Psychoanalyse findet statt, aber es ist, als ob das Exempel die Rechnung überböte. Die Bewußtwerdung hat mehr bedeutet als die Beseitigung einer organischen Hemmung, sie hat auch eine Fähigkeit bewiesen, eine Somatisierung nach sich zu ziehen. Und überdies eine Somatisierung, die pathologisch ist. — Sicher erschiene es zu gewagt, die Entstehung der Tonsillitis so ganz zu Lasten der psychologisch begleitbaren Erfahrbarkeiten zu buchen. Dies ist nun auch keineswegs beabsichtigt. Wir belasten die Psychologie nur mit einer von mehreren Bedingungen der Angina, die wir (wie die Ubiquität der Erreger in der Mundhöhle) teilweise kennen, teilweise aber eben nicht. Auch braucht die Psychologie hier nicht mehr zu leisten, als ihr bisher schon zugetraut war; sie soll ganz unverständliche Funktionsabläufe verständlicher machen. Trotzdem läuft diese Aufstellung nunmehr gerade umgekehrt wie bisher: sie

läuft vom „Psychischen" zum Somatischen; das „Somatische" leistet nun also einen Dienst, den bisher nur die Psychologie, die scheinbar vernunftreichere Erkenntnis, zu leisten vermochte. Denn die absurde „Beleidigung", die der Rührseligkeit innewohnt, entpuppt sich als Vorbote eines wirklichen Hinübergeworfenwerdens in die Krankheit Angina. Es ist, als ob erst die Angina uns belehren sollte, was des Pudels Kern bei dieser Rührung war: „ein Krankheitsbeginn steckt hinter der Rührseligkeit", so darf der Organiker sagen, und mit nicht geringerem Recht, als der Psychologe sagt: „eine psychische Erschütterung steckt hinter dem Immunitätsabfall".

Dieser Wurf oder Sprung in die Krankheit kehrt die Vorzeichen der Situation, in der sich A. befindet, auf radikalere Weise um, als dies in allen bisher berichteten Fällen festzustellen war. Die neue Krankheit erläutert die bisherige ebenso wesentlich wie umgekehrt. Wir wenden uns daher zunächst nochmals den Spaltungs-, Ambivalenz- und Umkehrerscheinungen der Angina selbst zu. Viele von uns werden den Zustand im Beginn einer Infektionskrankheit kennen, in dem wir zweifeln, ob wir nur schlapp sind oder vielleicht krank; wir kämpfen mit uns, wollen uns zusammennehmen, unsere Tagespflicht tun. Und sind doch der Versuchung ausgesetzt, mit dem Manifest „ich bin krank" diese Willensanstrengung zu sparen. Wie mühelos erwerben wir damit das Zugeständnis auch unserer Umgebung, daß man nichts vom Kranken verlangen darf. Ein ähnlicher Konflikt in umgekehrter Reihenfolge ist nicht selten in der Rekonvaleszenz zu beobachten: „Ich bin doch noch nicht gesund", und „du könntest schon, wenn du wolltest". — Es erfordert schon eine höhere Stufe von Voraussetzungslosigkeit, wenn wir bereit sind, noch mehr zuzugeben: daß man eine drohende „Grippe" oder gar noch ernstere Erkrankung durch Standhaftigkeit am vollen Ausbruch verhindern, durch Nachgiebigkeit aber herbeiführen könne; aber man wird genug Personen finden, die auch dessen gewiß sind. Es ist dies eine ähnliche Betrachtung wie die, welche wir oben bei der Psychophysik des Miktionsvorganges anstellten: die scheinbar einfache kausale Folge von Reiz und Bewegung erweist sich bei genauer Betrachtung als willensmitbestimmt und der Wille wiederum als selbst ambivalent.

Geht man in der Analyse noch ein Stück weiter, so kommt man dazu, diese Willensambivalenz des Organisch-Kranken als keineswegs so sinnlos und freischwebend zu erkennen. Wie dem Kranken die Harnverhaltung zwar eine Plage war, aber auch einen Gewinn brachte, so steht nun auch die neue Krankheit Angina keineswegs nur durch ein Verlustkonto belastet in der Krankengeschichte. Er war heilsfroh, daß er nicht in die Sprechstunde mußte;

eine Woche lang brauchte er nicht an die Analyse zu denken; ihm war eine Entdeckung seines ganzen Körpers geschenkt; er war die ewige Bindung an die Genitalien los;[23] und er hatte das Glück, dem Vater wieder liebend nah zu sein; der Vater war ja die Hauptperson des neuen Erlebens. Dies sind Werte, die A. bewußt sind, die er betont. Vom Arzte aus erscheint aber viel Wesentlicheres: der Kranke verliert die paranoide Projektion, er kann wieder urinieren, zum erstenmal erlangt er einen Abbau des „Symptoms". Das alles steht den Schmerzen im Hals, der Belästigung durch Fieber und Magenbeschwerden gegenüber als Haben zu Buche, und es ist, so darf man vermuten, ein gut Stück jener Stimmung da, die wir vom Kindesalter so gut kennen: die gewisse Wonne und Lust des Krankseins und des Genusses, daß wir die Pflege und Fürsorge der Eltern auf uns ziehen. Der Ambivalenz entspricht eine Bilanz von Plus und Minus im Gemütsleben wie in seiner Außenpolitik. Aber wir können die Widerspruchsnatur auch bis in die lokalen somatischen Erlebnisse verfolgen. Das für die Angina so charakteristische Lokalerlebnis spiegelt sie gleichfalls wieder, nämlich in dem motorischen Akt, welcher an der Schlundmuskulatur stattfindet und welcher dem Schließakt an den Ausstoßungsorganen vergleichbar ist: im Schluckakt. Jeder kennt das unwiderstehliche und durch Salivation noch verstärkte Bedürfnis des Anginösen, zu schlucken, und den eben dadurch entstehenden heftigen Schmerz. Die anreizenden und die hemmenden Impulse streiten sich daher um den Schluckakt nicht minder widerspruchsvoll, als wir es bei dem Miktionsakt des Patienten annehmen müssen. Die Analogie ist kein bloßer Zufall mehr, wenn sie etwas darstellt, was lebensgesetzlich hier überall zugrunde liegt. Wagen wir einmal, auch diesem spezifischen lokalen Angina-Erlebnis einen Darstellungswert für die Innervationsabläufe der Schluckmuskulatur zuzusprechen, so kommen wir zu wörtlich denselben Schematismen, wie sie oben für die Harnentleerung sich ergaben: die Hemmung durch die Schmerzen und die Erregung durch eben die Ursache der Schmerzen lassen die Koppelung zweier einander anziehender und zugleich ausschließender Funktionsabläufe wiedererkennen. Das Prinzip widersprechender Bindung würde sich aber nicht nur ins lokale Somatische, sondern vermutlich auch ins allgemein Biographische hinein noch weiter aufzeigen lassen, wenn es gelänge, auch in diesem eine einfache Bilanz von Gewinn und Verlust, von Plus und Minus aufzustellen. Es liegt aber näher, darauf zu verzichten, solange nicht die freiwilligen Aussagen des Kranken solche absichtsvollen

23) Vgl. dazu die (nur scheinbar) widersprechende Bemerkung, er habe gar keine mehr gehabt.

Feststellungen entbehrlich machen. Wenn der Vergleich mit anderen Fällen etwas nützen kann, so wäre die S. 59/60 berichtete Skizze einer Angina sicher ein vorläufig kräftigerer Beweis. Denn dort läßt die Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig, mit der diese akute Erkrankung in den dramatischen Höhepunkt einer Biographie eingesetzt ist. Fügen wir aber hinzu, daß bei nicht als neurotisch bekannten Kranken eine solche Dramatik der Angina ein überaus häufiges Vorkommnis ist, wie an späterer Stelle ausführlicher zu belegen ist.

Wir können bis jetzt drei Gesichtspunkte herausheben, um eine durchgehende Struktur zu skizzieren. Wir erfahren einmal, daß mit der Angina die Neurose für eine Weile zurücktritt (ebenso wie der Kranke in der Neurose sich gegen „so etwas" geschützt weiß); daß also für ihn ein Leiden ein anderes ablöst. Wir hören zum zweiten, daß die Neurose nach der Angina anders aussieht als zuvor, sowohl was die Symptomatik als auch was die psychischen Konflikte anlangt, und wir ermitteln endlich, daß die Widerspruchsnatur der neurotischen Vorgänge auch in die Phase der Angina gleichsam hineinwandert und auch wieder aus ihr heraustritt, indem nur die Gegenstände wechseln. Entschließt man sich, die drei Dinge in eine Form zu bringen, so wäre die Angina dem Versuch gleichzusetzen, der Neurose dadurch zu entlaufen, daß sie durch etwas anderes ersetzt wird, wobei sich dann herausstellt, daß sie sich nur verändert hat. Ins Positive gewendet, wäre der Versuch vergleichbar dem eines Menschen, der aus seiner Notdurft heraus das Glück der Liebe ergreift, und der dann erfährt, er habe ein Kind gezeugt, das ihm ähnlich ist. Das Kind ersetzt die Liebe nicht, aber es wandelte sich mit seiner Zeugung der Liebende. Mit diesem Bilde haben wir dem, was als methodische Hauptschwierigkeit schon in der Analyse der Neurose als solcher auftauchte, eine realistische Analogie gegeben. Die Schwierigkeit war, daß man bei Lebenserscheinungen die Vorgänge nicht aus dynamischen Regeln herleiten, sondern jeweils nur aus dem Resultat eines Vorganges eine Dynamik ablesen kann. Wir haben dies als „Grundverhältnis" bezeichnet und jetzt in der Realität der Zeugung ein typisches Urbild gefunden (vgl. S. 55). Dies kann aber keineswegs bedeuten, die dynamische Analyse sei nicht mehr als eine Paraphrase dessen, was wir schon vorher wissen, sondern es muß lehren, für die dynamische Aufklärung chaotisch gegebener Phänomene den richtigen Ausgangspunkt zu gewinnen. Unsere weitere Aufgabe wird also sein, der Wandlung, die mit A. nun eintritt, zu folgen und dabei dem Verhältnis von Dynamik und Genese wachsende Beachtung zu schenken. Wir dürfen vermuten, daß das Bild der Zeugung sich in der neuen Richtung aus-

wirkt: die Somatisierung sei nicht minder ein produktives (nicht nur krankhaft-neurotisch hemmendes) Prinzip wie die Psychisierung.

Wir haben gehört, daß A. bis zur Behandlung sowohl das Berufliche, sein Studium, wie das Menschlichgesellige, seinen Verkehr, sowohl sein körperliches Eigenleben, seine Sinnlichkeit, wie seine Bewegungsfreiheit eingeschränkt hatte — nicht nur den Akt des Urinierens. Die Hemmung dieser einen Funktion hatte sich zur Einschränkung seines ganzen Daseins verbreitert. In der Therapie waren Studium, Geselligkeit und Sinnlichkeit der Reihe nach weithin wiederhergestellt, aber eben doch nicht „normal" geworden; denn die neurotische Beeinträchtigung durch Zwangssymptome griff nun vielfach auf Ausübungen über, die er eben bis dahin unterlassen, also auch nicht exponiert hatte. Immerhin ergab diese Ausdehnung auch eine Zersplitterung der Kraft der Neurose, und Aussehen wie Befinden wurden von ihm und seiner Umgebung gelobt. Die Sprechstunde aber bringt uns, der Innehaltung der „analytischen Grundregel" zu Dank, doch immer Neues und — es wurde schon erwähnt — die Somatisierung der Angina ist gleichsam selbst ein solches freisteigendes, neues Thema, das Thema des eigenen Körpers, gewesen. Wir haben ferner schon angedeutet, daß dieses Thema nach Beendigung seiner analytischen Durcharbeitung rasch abgelöst wurde von dem anderen: „Beruf und Sachlichkeit". Als Nachklang des Körpererlebnisses in der Angina darf gelten, daß die sexuellen Gefühle beim Urinieren erst jetzt („nach der Auflösung des Ideal-Ichs") ganz deutlich geworden seien (nämlich seit „der Andere" nicht mehr in Betracht kommt). Dann aber kommen die sogleich zu berichtenden Einfälle zur Berufsfrage, und nach 14 Tagen berichtet A., er habe noch öfters versucht, seinen Körper und sich selbst wieder einmal richtig zu fühlen, aber — vergeblich. Ein anderer Nachklang nach weiteren 14 Tagen: er habe die letzten Tage gedacht, er könnte das Symptom auch in den linken Arm hineintun. Was man daran dann merken würde? Einen Krampf. Welche Bedingung dazu fehle? Daß der Arm die Beachtung der Umgebung genösse. — A. ist bei diesen Mitteilungen etwas verlegen, und es stellte sich bei anderer Gelegenheit heraus, daß er auch gelegentlich Symptome wie Schwanken und Hinken beim Gehen hat oder zu haben vermeint und daß die Bedingung der „Beachtung der Umgebung" auch sonst bedeutsam ist, wie wir sogleich sehen.

8. Äußeres und Inneres. Die Lokomotive. Beruf und Sachlichkeit.

Der Rückschwung also zur endopsychischen Thematik vollzieht sich wie folgt: A. klagt, daß er immer zuerst auf das Äußerliche, dann erst das Innere

kommen müsse. Beim Arbeiten stellt er sich zuerst immer als Richter vor, dann erst könne er Jurist sein, das heißt das eigentliche Innere, das Abstrakte vornehmen. Das sei aber nicht nur beim Studieren, sondern ebenso, wenn er eine Landschaft oder ein Haus sehe. Bei einem Buch, das habe er schon in der Schule gehabt, sei es, als ob das Buch eigentlich schon alles wäre, ohne den Inhalt; er mußte das Satzbild, wie es gesetzt sei, zuerst betrachten und dann erst den Sinn. Das sei eigentlich auch beim Masturbieren so, daß zuerst immer die Vorstellung da sei und d a s G e s i c h t; ja, er erinnere, daß er damals öfters dabei in den Spiegel sah. Dann fing er an zu denken, man sehe das seinem Gesichte an, und er begann alle Leute auf ihr Gesicht anzusehen; so sei das Gesicht viel zu wichtig geworden. So hat er auch jetzt noch auf der Universität sich geradezu die Lehrer herausgesucht, die womöglich noch „mieser" ausschauen als er, und die mit besserem Gesichte beneidet. — Aber eigentlich habe er zwei Gesichter: eines, welches den Beifall der anderen nicht haben könne, das sei das beim Urinieren („das urinäre"), und dann ein anständiges asexuelles, das sein „Ideal-Ich-Gesicht" sei. Das unerfreuliche Gesicht sei das, welches der „Herr im anderen Coupé" im Traum (= Vater; s. o.) gehabt habe. Eigentlich bilde sich jetzt bei ihm ein neues Gesicht,[24] da denkt er oft, daß er seiner Mutter gleiche. Aber er habe einen Groll dagegen, weil das so weichlich sei, weil er doch auch gegen die Masturbation so weichlich gewesen. — Ob er dies Gesicht seiner Mutter von Bildern kenne oder erinnere? Ja, dies, wogegen er den Groll habe, sei das einer Photographie, worauf die Eltern bei der Hochzeit abgebildet sind. Er habe aber auch ein direktes Erinnerungsbild, und da sei sie (mit zärtlicher Stimme vorgebracht) ganz liebenswert.

Das als falsch empfundene Verhältnis von Äußerem und Innerem, worüber A. sich beklagt, stellt er also zuerst reduziert auf seinen Z e i t gehalt dar: Statt des Inneren kommt zuvor immer die Außenseite, und wir vereinbaren, dies Phänomen als „Prolepsis" zu bezeichnen. Aber dasselbe Mißverhältnis kommt auch nach seinem R a u m gehalt im Problem des Gesichtes zum Ausdruck als dessen, was g e s e h e n wird, im Gegensatz zum Verborgenen. Auch hier spielt der Gegensatz der „Gefühle" und der „Vorwürfe" die führende Rolle, wobei die Projektion des Ideal-Ichs auf die Umwelt, „die Andern", immer deutlicher wird. Seine Selbstvorwürfe werden die Vorwürfe der Andern. Daß er sich dadurch von der Umwelt wie abgeschnitten fühlt, ist, wir haben A.'s Aussage darüber gehört, d a s s e l b e wie die Prolepsis; beides wurzelt in dem Geheimnis seiner sexuellen Betätigung. Die hier noch schwer ganz klar zu

24) Was auch dritte Beobachter bemerkt haben.

durchschauenden Zusammenhänge werden viel deutlicher in einer erneuten Symptomanalyse, auf die A. jetzt selbst wieder drängte: Es sei jetzt wie ein Kompromiß, das Sexuelle nämlich beim Urinieren. Das Sexuelle diene ihm dazu, die Beziehung zu Menschen aufzunehmen, so wie sein Charakter es verlange. Früher, als er die Liebe zu den Menschen noch gehabt habe, sei er immer sehr beeinflußbar durch sie gewesen; und dann habe er sich zurückgezogen und alle Verbindung mit ihnen abschneiden wollen. Das Glied habe er anfangs zurückziehen wollen, um es von der Schädigung durch die Masturbation für das Weib wiederherzustellen. Erst später sei dann die völlige Abkehr vom Sexuellen gekommen.[25] Schildert dann wieder, wie das Ideal-Ich sich gegen die Beeinflußbarkeit aufgerichtet und er immer sich mit geistigen Vorzügen habe überhöhen müssen gegen die Schwäche. Er klagt, daß nun mit der Auflösung des Ideal-Ichs in der Behandlung eigentlich etwas wie eine Leere entstehe. Wenn er mit jemand spreche und diesem seelisch näherkomme, dann habe er das Gefühl, daß mit dem Nachlassen der seelischen Spannung er ins Unendliche sinken und sein Ich aufgeben müßte. Nun aber das Organ: „es benimmt sich so wie alles, was ich durch die Masturbation verunstaltet wähnte. Das ist so wie mit dem Gesicht, das ich bekam und das ich der Umwelt entziehen wollte; so wollte ich ihr auch das Organ entziehen. Ich entzog mit dem Ideal-Ich Gesicht und Organ dem Zugriff und der Wahrnehmung des Mitmenschen". Nach langem Ringen um Ausdruck: „ich darf ihm etwas nicht tun, weil ich ihm etwas nicht gebe".

Er hat Weiningers „Geschlecht und Charakter" in die Hand bekommen, und das hat ihm gefallen, die Herabsetzung des Weibes nämlich. Auf den Widerspruch mit seiner Höherstellung der Frau (s. o.) hingewiesen, erläutert er: das Schlechtermachen der Frau ist der Protest gegen die von ihr ausgehende Mißachtung seiner Person. Nur durch Verzicht auf das Geschlechtsglied war die Achtung der Frau damals zu erringen. Es ist da noch eine Schätzung der gemeinen, hetärischen Frau vorhanden. Diese Entwertung ist aber eine, die den Wert der Frau andrerseits steigert. „Es ist das wie mit der Autorität, vor der ich Angst bekam, wenn ich ihr die Ehrfurcht entzog." Gefragt, ob die Angst nicht auch aus dem Sexuellen kam:[26] „Es war doch so, daß mit dem Sexuellen eben die

25) Die Kastration im Sinne Freuds erscheint hier nicht als Folge der Verletzung, sondern der Verletzlichkeit, nicht als Verlust, sondern als Konservierungsmittel.

26) Die Frage war von theoretischem Bedürfnis eingegeben und eigentlich überflüssig, nachdem A. soeben die Angst vor der nicht geehrten Autorität mit der Zuwendung zur nicht geehrten Frau ungefähr gleichgesetzt hatte. Beides ist fast dasselbe!

Sünde, also der Widerspruch mit den religiösen Dingen, gegen die religiöse Autorität kam, und daß ich dann die Sünde sanktionierte, um diese Autorität zu entkräften. Dies mißlang. Die Angst war eigentlich schon immer vorhanden. Indem ich aber die Autorität entwertete, konnte ich sie nicht nur nicht mehr ehren, sondern auch keine Verzeihung bekommen. Als ich dann die Masturbation unterdrückte, meinte ich, das Sexuelle los zu sein, aber es wurde das Urinieren sündhaft und mit dem Nimbus des Verbotenen bekleidet. Die Befriedigung, die in der Auflehnung liegt, ist dieselbe, welche auch das entwertete Weib gewähren würde (nur bin ich da zu schüchtern). Eigentlich ist mir heute noch jede Autorität unnahbar. Wie ich z. B. heute bei Professor X hörte, mußte ich auch so vor mich hinlachen; das ist halb ein kokettes, halb höhnisches oder triumphierendes Lachen, das kommt auf die Verhältnisse und den betreffenden Menschen an."

A. bringt dann wieder das Thema seines Berufes, dessen pure Verstandesmäßigkeit ihn immer wieder ärgert. Wenn er arbeiten wolle, müsse er immer gewissermaßen verdrängen. Auf die Frage, was?: es sei überhaupt so, daß die konkreten Menschen oder Dinge, wolle er sich ihnen nähern, ihm so vorkommen, als ob auf ihrer Seite alles Recht sei, und er mit seiner Art, sich ihrer zu bemächtigen, der gefühlsmäßigen Aneignung, gar kein Recht darauf habe. Das kommt so über ihn, eine ganz unangenehme Stimmung, in der er Angst und Trotz empfindet. Übrigens sei es mit dem T e c h n i s c h e n und den Basteleien, wofür er viel Interesse habe, auch so: daß dies gefühlsmäßige Interesse die Sache nicht wert sei und daß die männliche Haltung dabei herabgesetzt wird, da die einzige angemessene Bemächtigung die rein verstandesmäßige wäre. — Und nun klagt A., daß er bei der Bekämpfung des Ideal-Ichs in einen Zustand der Uninteressiertheit, ja Faulheit, des Alles-auf-sich-beruhenlassens hineingerate; daß er doch ohne einen gewissen Ehrgeiz nicht würde arbeiten und sich konzentrieren können, der also doch unentbehrlich wäre. In diesem Zustande verschwinde dann die starke Beachtung der Gefühle anderer Menschen, so daß er sich sagen könne, es mache doch gar keinen Unterschied für diese Gefühle, ob er sie beachte oder nicht — sie blieben ja doch in dem Menschen, der sie gerade hat. Wenn er diesen Zustand weiterausbilden könnte, würde er auch das Symptom los. Aber über einem solchen Zustande würde doch etwas wie eine Unwahrhaftigkeit sein. — Von welcher Instanz aus unwahrhaftig? — „Vom Vater aus".

Die Zurückziehung der paranoiden Projektion seines Ideal-Ichs hat A. demnach mit den Nöten der Autoritätslosigkeit bezahlt. Leise Andeutungen von aggressiver Spannung haben diese Wandlung schon begleitet (vgl. „ich

darf ihm etwas nicht tun ...", S. 78) und brechen bald deutlicher hervor: die Psychoanalyse sei auch nur intellektuell, sie gäbe nichts, sie sei selbst nur ein Trotz gegen die religiös-kirchliche Sphäre, es habe sozusagen an der Erdleitung gefehlt, so daß die Spannung nicht abfließen konnte. Er beabsichtige, das laufende Semester zu überschlagen und kein Kolleggeld zu bezahlen, denn er habe oft genug bezahlt und doch nicht gehört; so könne er auch mal hören, ohne zu bezahlen. Assoziiert nun unmittelbar eine Szene im Internat, wo er in die Hosen defäziert hatte, so daß es unten zur Hose herauskam und die Kameraden ihn auslachten.[27] Er setzte sich damals immer auf ein besonders schönes, aber verbotenes Klosett, natürlich mit Angst vor Entdeckung; ebenso benutzte er eine den Schülern untersagte Treppe mit schönem Läufer. Andere Trotz-Erinnerungen betreffen die ihm verhaßte Wollwäsche und das Abgewaschenwerden im allgemeinen Waschraum. — Auf die Frage, welches Bindeglied dies alles mit seinem gegenwärtigen Trotz verbinde, assoziiert er über „Bindeglied", und „daß die Mutter eigentlich das Bindeglied zwischen ihm und der „rauhen" feindlichen Umwelt sei, folgende Phantasie: „Wenn meine Mutter in eine männliche Bettschüssel und mein Vater in eine weibliche Bettschüssel urinieren würden, könnte ich auch urinieren." Dazwischen kommt ihm aber die Erinnerung an den Schulkameraden, der ihn „den Bock" schilt und damit das „perverse Zartgefühl stört".

Wieder ergibt sich dann, wie diese Art von Phantasien Vorläufer und Wegbereiter für die bisexuellen Kindheitserinnerungen sind: wie er vor dem Vater, der ihn wegen schlechter Note im Französischen verprügeln will, auf den Abtritt flüchtet, der Vater aber sagt: erst bekommst du deine Prügel, dann kannst du auf den Abtritt. Die erwartete anal-sadistische Fühlweise erscheint nun manifest: A. empfand dabei G e n u g t u u n g, daß der Vater ihn prügelte und so vom „Natürlichen" abhielt; das war dann s e i n Bereich, in dem er gegen den Vater doch im Rechte blieb und der dadurch eine „Sanktion" erhielt. Aber in diese Stimmung wurde, wenn er dann manchmal onanierte, „eine Lücke eingebrochen", weil Schuldgefühl und Angst kam, der Vater wüßte es, daß er onanierte. D a r u m urinierte er dann mit möglichst viel Geräusch, damit der Vater es hörte (vgl. oben S. 43). Weiter fällt ihm jetzt ein, diese Angst sei eigentlich gar nicht die Hauptsache gewesen, sondern es war die Angst, kein Mädchen, sondern ein Knabe sein zu müssen. Worte fallen ihm ein wie „geistige Minderwertigkeit", und ein Klassenzimmer, das eine Kombinition aus Quinta und Unterprima ist — wie er in

27) In letzter Zeit kam es auch vor, daß nicht das Sexuelle, sondern ein Stuhldrang das Urinieren störte.

Quinta Spaß hatte, als eins der Mädel im Turnunterricht am Reck das Hinterteil herausstreckte, und daß er damals ein sehr guter Turner war, aber später unsicher wurde und Schwindel bekam, wenn er am Reck den Kopf nach unten streckte. — Während dieser Einfälle bekommt A. wieder das bestimmte Gefühl, „nahe am Letzten zu sein, als ob etwas in ihm vom Kopf nach unten stiege und er in die Tiefe sänke". — Die Versenkung in die kindlichen Trotz-Stimmungen ist in der Analyse von Gesten begleitet, die anschaulich werden lassen, was in A. vorgeht. Er stützt die Ellenbogen auf die Knie, um in geduckter Haltung bald an den Fingern zu lutschen, bald in den Handrücken zu beißen. Die aggressiven Gedanken einzugestehen, wird ihm besonders schwer, aber einmal erfahren wir doch: ihn wurmt, daß er diesen ganzen, durch die Erziehung gekommenen Zwang nicht abwerfen kann. — Was er denn dazu tun, was dafür geschehen müßte? Alle die totschlagen, die ihn daran hindern. Oder sie alle kastrieren würde auch genügen. Wieso dies? Weil damit die Tendenz wegfiele. — Über die Bedingung, unter der diese aggressive Tendenz zu einer Realität führen könnte, werden wir noch wichtigen Aufschluß bekommen, wenn das Realitätsproblem im Zusammenhang zur Sprache kommen wird. Jedenfalls haben wir jetzt neben der sexuellen Gefahr die zweite kennengelernt, vor der A. zurückschrecken mußte und vor der er in die Neurose auswich: die der Aggression. Die komplizierte Verschlingung dieser Motive mit den Bildungen der Bisexualität einerseits und des Bereiches „Beruf und Sachlichkeit" andrerseits wird immer fühlbarer. Wir ahnen, daß die Genese der sexuellen Persönlichkeit auf dem Umweg über den Vater- und Autoritätskomplex aufs innigste mit der Entstehung der sachlichen Einstellungen verflochten und verbunden ist. Auch dieser Zusammenhang nun wird wieder auf klassisch-analytischem Wege, nämlich durch neue frühkindliche Reminiszenzen erst richtig beleuchtet. Man kann sie unter dem Stichwort „die Lokomotive" zusammenfassen. Sie steigen wieder aus dem Bereiche der Minoritätsgefühle auf wie folgt: Das „Symptom" sei jetzt mit dem Studium verwickelt; er meine dann, er sei ein Trottel gegenüber den anderen. Diese Spannung sei erotisch, bezw. sei das, was man früher in der Analyse sexuell am besten habe erfassen können, jetzt in die Spannung im Beruflichen verwickelt, so daß sein Verhältnis zum Sachlichen in diese Spannung verwickelt sei. Es sei das ebenso wie z. B. sein Empfinden gegenüber einer Fabrik, wo sein Bestreben, sie sachlich zu nehmen, ein Angstgefühl erzeugt, weil dahinter Menschen auftauchen. Das sei dieselbe Spannung wie beim Spielen mit dem Baukasten, den ihm dann der Vater genommen habe, was seinen Trotz hervorgerufen. Ebenso mit allen technischen

Sachen; er erinnert jetzt, wie er als Kind eine Art wollüstiger Unterwerfung genossen habe, wenn er beim Eisenbahnspielen auf dem Boden lag und von unten ins Räderwerk hineinblickte (so auch bei wirklichen großen Lokomotiven). Auch Überlegenheitsgefühle konnte er da haben, wenn z. B. in Karl Mays Schriften Szenen vorkommen, in denen ein paar Banditen einen ganzen Eisenbahnzug aufhielten. Nun erinnert er, die Phantasie als Kind gehabt zu haben, er liege auf dem Rücken der Länge nach zwischen den Schienen, und nun fahre die Lokomotive, von den Füßen her, brausend über ihn weg; er erlebte das wie etwas ganz Großes, wobei er ins Dunkle, Schwarze kam, aber doch die runde Achse wie etwas weiches Rundes anfassen konnte und auch das Runde der Räder und die Leichtigkeit ihres Hinwegrollens wie etwas „Versöhnendes" empfand. Auch habe er die Spielsachen an sich und an die Wangen gedrückt und ihre Härte gefühlt, wogegen das erwähnte Runde etwas Weiches, Versöhnendes darstellte. Später hatte er oft einen Angsttraum, in dem viele Dinge wie Kanten, wie etwas Hartes auf einem lichten bläulichen Grunde auf ihn vordrangen. Indem er daran denkt, hat er wieder den leichten Schmerz im Kopfe, den er auch damals empfand, und dann überhaupt die Spannung vom Genitale zum Kopf herauf, wie sie das Symptom ausmacht und die in der Brustgegend besonders hart ist, in der unteren Gegend aber eine Unsicherheit ist. — Ob auch andere Körperteile, z. B. Nase und Mund, daran beteiligt? Nein; aber A. kommt auf eine von ihm gerne benutzte Einteilung der Menschen in solche mit geschwungenem Lippenmund und andere mit schmallippig-geradem, strengem Munde. Er liebt überhaupt solche Klassifikationen, z. B. so eine astrologische, die er kürzlich irgendwo fand, in harte und strenge Sonnenmenschen (die er bewundert) und andere, z. B. Mondmenschen. Seine homosexuell-erotischen Gefühle sind z. B. auch nicht auf eine bestimmte jugendliche Altersklasse gerichtet, sondern er unterscheidet dabei ungefähr Jüngere = Verächtliche und Ältere = Verehrungswürdige (eine Naivität, in der wieder die frühe Schulzeit anklingt). Einteilungen und Antithesen spielen in diesem Abschnitt der Analyse eine bemerkenswert große Rolle und lehnen sich nicht selten an das Muster des sexuellen Gegensatzes an.

Hier darf nicht unerwähnt bleiben, daß A. die Sprechstunde mit Hilfe einer kurzen Eisenbahnfahrt erreicht und daß er einige Male, aber gerade zur Zeit dieses Stückes der Analyse, gehäuft zu spät zur Bahn kommt, so daß die Sitzung ausfallen muß. Den Übergang von der Lokomotiven-Phantasie zu den Bereichen des Motorischen, des Handelns und des Berufes zeigt nun sehr schön die folgende Äußerung: Es habe damals auf den Bahnhöfen die

Lokomotiven mit einem konisch zugespitzten Vorderteil gegeben, welche sie als Knaben mit dem Namen „Spitzbauchlokomotiven" belegt hätten; diese Form habe ihn an die weibliche Brust erinnert. Dieser Spitzbauchbau hatte ja etwas Grobes, aber eben dadurch Erhabenes. Wenn nun ein Führer auf der Lokomotive ist, so bringt ihn das in Gegensatz zu ihr: „der Mensch ist es ja, der mich in den Gegensatz zur Sache treibt". — Dies Erlebnis kann er aber auch durch das verdeutlichen, wie es ihm jetzt eben erging: er sitzt auf dem Sessel, und nun verschwindet der Sessel und alles darum herum, und er hat nur das Gefühl des So-sitzens, ein Wohlgefühl, und dann erkennt er plötzlich: „daß ich sitze, und ich muß gewissermaßen juristisch überlegen, daß ich gar kein Recht auf den Sessel habe, der mir ja gar nicht gehört". — Was die Lokomotive denn eigentlich sei? Der Ausdruck „das Technische" sei ja wohl nicht ganz richtig: das Sexuelle sei dabei, aber es sei doch der Spieltrieb eine Sache für sich und etwas anderes. Erinnert nun wieder, daß seine (leibliche) Mutter es gewesen wäre, die ihm die Einpassung in die Umwelt hätte vermitteln können (wäre sie am Leben geblieben). „Ich hätte das Gefühl nicht in die Sachen hineintragen müssen, wenn die Mutter das vermittelt hätte, und dann wären mir die Sachen sachlicher erschienen." — Die runde Achse im Überfahrenwerden sei wohl wie ein Penis, der Sexualtrieb sei das Aktive, und es sei doch mit dem Runden, das eigentlich das Weibliche sei, auch das Passive, der Ausgleich gegeben gewesen. Im Zugreifen sei das Aktive, aber im Gefühl des Runden das Passive gewesen.

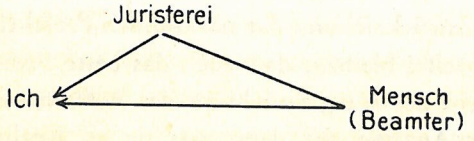
9. Zurückziehung der paranoiden Projektion.

Es darf kein Zweifel bleiben, daß auch das beste Protokoll nicht wiedergeben kann, wie sehr der Augenblick des Aufkommens solcher Bewußtseinsinhalte in der Analyse mit dem, was sie an Realität darstellen, verbunden ist. Löst man die gesprochenen Worte von dem Momente ab, in dem sie der Patient äußern konnte, so verlieren sie etwas, das wir, ähnlich wie etwa Gerüche, in der reproduktiven Vorstellungskraft später nicht mehr herstellen können. Man darf sagen, daß dies nicht einmal versucht werden sollte und daß die Forschung gerade eine Aufgabe hat, welche der Kranke nicht übernehmen kann: nicht den innerlichen „Geruch", sondern den äußeren Stellenwert und die stofflichen Zusammenstellungen, Verlötungen und Zerreißungen wahrzunehmen. Hat er doch selbst sich über sein Unvermögen beklagt, das Eine im Andern zu erkennen. Wie er geplagt ist, daß er zuerst immer das Äußere auffassen muß, wenn er sich einem Buch, einer Fabrik,

ja einer Person zuwendet, so ist es auch ein Ablaufgesetz der Analyse, daß ihm die Dinge stets zuerst in mehr formaler Gestalt zukommen und erst später die seelische Bewegung in ihm erwacht, deren Resultat jene Formen waren. Was in der Analyse das Frühere ist, das ist in der Genese das Spätere; was in der Entstehung zuerst war, kommt in der Reproduktion zuletzt. Wir haben keine Möglichkeit, dem in der Darstellung gerecht zu werden. Verstehen müssen wir das analytisch Frühere durch das analytisch Spätere. Will man also „Ursache" und „Wirkung" in die richtige Reihenfolge bringen, so muß man in der Darstellung das später Gehörte voranstellen. Im Falle der Lokomotiven-Phantasie ist dies bereits geschehen, denn wir haben jetzt eine ihr vorausgegangene Skizze des Kranken anzureihen, in der er die Beziehung Ich — Mensch — Beruf genau 14 Tage vor der „Lokomotive" darstellte.

Schon damals war von dem triebhaften Widerstand gegen die Juristerei die Rede, und es fällt A. ein, wie auf dem Gymnasium für ihn der Zeitpunkt kam, zu dem sein Vater, der nur Oberrealschule hatte, nicht mehr zur Überwachung der Aufgaben auslangte, und er, der Sohn, einen Hochmut gegen ihn entwickelte, der aber durch übermäßiges Minderwertigkeitsgefühl balanciert werden mußte, welches wieder durch die Blamage der Masturbation verstärkt wurde. Spontan betont A. die Gleichartigkeit dieser Gefühle mit dem, daß er das Bewußtsein hatte, besser urinieren zu können als der Vater. Er faßt dies nun zusammen in die Skizze und die sie erläuternden Sätze:

8. Skizze des Kranken.



„als ob das Ich von der Juristerei und den falsch durch sie vermittelten Menschen verletzt würde. Der ‚Mensch', das ist eigentlich ein Berufsmensch oder Beamter wie der Vater". Später: „Die Beziehung Ich — Mensch (Vater) müßte eigentlich direkt sein, aber sie ist eben durch das juristische Eck entstaltet."

Mehrmals taucht in diesem Abschnitt der Analyse das religiöse Gebiet auf: der große Widerstand in der Analyse müsse etwas Religiöses sein. Wenn er da in diesen Bereich hineinwolle, sei es ihm dann, als würde er den Arzt gewissermaßen verführen und gegen eine Art Heiligtum oder dergleichen verstoßen. Im Symptom war es so, daß die beim Urinieren ihm zuhörenden

Andern ihm Ehrerbietung und Anerkennung zollen sollten, um damit ihre eigenen Werte mächtig zu steigern. Die Entziehung der Ehrfurcht (s. o., S. 79) kommt eben im Symptom zum Ausdruck. Das ist es, was der Bekleidung der Andern mit den Eigenschaften des Ideal-Ichs zugrunde lag. Infolge der Ideal-Ich-Drohung „könne oder dürfe er nicht, wie er wolle, urinieren — das sei ja dasselbe". Auf Vorhalt, daß er diese Gleichstellung von Können und Dürfen früher weit von sich gewiesen haben würde, bestreitet er das nicht, und wir werden einig, daß das dasselbe ist, wie wenn er in der Projektion den „Andern" so behandelt, daß der ihm Ehrfurcht zubringen müsse, aber doch nicht wolle. Dabei gibt A. an, er habe bisher zur Psychoanalyse nicht die rechte Einstellung gehabt, weil er sie eben benutzt habe, um den „Andern" zu bekämpfen. Daß er diesen Kampf aber selbst nicht mehr ganz ernst nimmt, zeigt eine Bemerkung bei anderer Gelegenheit: er ist sich klar darüber, daß er mit der Neurose nur ungern etwas aufgeben würde, was ihm insgeheim Vergnügen macht: „die Koketterie im Spiel mit den Andern". Wir hören bei dieser Gelegenheit auch, daß A. nicht entscheiden kann, ob die Teilnahme der vielen „Andern" am Autoritätsbereich vielleicht überhaupt die ältere Fassung ist, welcher die singuläre Autorität (nämlich des Vaters) nachfolgte. Und die religiöse Form scheint eher der Rahmen für das Ganze als seine Spezifizierung zu sein. Wir merken aber, daß wir überhaupt keine rechten Kriterien haben, um solche nicht einmal sehr präzise gestellten Fragen zu beantworten. Wesentlich aber bleibt, daß A. sein neurotisches Symptom jetzt ausdrücklich als „Spaltung" bezeichnet. Mit dem historisch-genetischen Verständnis der Zwangs-, bezw. Hemmungssymptome sind auch jene Verhaltungsweisen und Gefühle der „Anderen" in ihn selbst zurückgeflossen, und er gibt dem wiederholten und mannigfaltigen Ausdruck. Er selbst habe jetzt das Erlebnis, das früher immer der Andere, der beim Urinieren zuhört oder -sieht, hatte, nämlich die Abweisung (mit erotischer Erregung), und so ist er immer als „Handelnder und als Kritischer" vorhanden. Diese Spaltung hat er auch beim Studieren, als ob das einem anderen gehört und er „gar kein Recht, geschweige denn die Macht" hätte, sich dieser Sache zu bemächtigen. Das sei ja auch bei der Keuschheitsphantasie der Pubertät so gewesen: er dachte so, als ob er selbst gut wäre — dieselbe Spaltung in Handeln und Kritischsein.

Wir bemerken nach der Einziehung der Projektionen überhaupt eine Reproduktion der Pubertätszeit, und A. äußert selbst, es käme ihm vor, als ob sich alles wiederherstelle wie zu Beginn der Neurose, nur mit dem Unterschied, daß damals die Lehrer, der Vater verlangten, er solle arbeiten,

während das alles jetzt in ihm sei. Damals habe er alles auf die Schönheit der äußeren Erscheinung abgestellt, und (auf eine Frage) auch die Masturbation habe etwas mit diesem Schönseinwollen zu tun gehabt. Jetzt aber habe er beim Symptom eben die innere statt der äußeren Vorstellung.

Aber die wichtigste Veränderung scheint den Aufbau der Realität selbst zu betreffen, und dies bricht besonders im Aggressiven durch, wenn auch nur hypothetisch: das Umbringen des Andern könnte real werden, wenn alle die anderen Eindrücke irreal würden. Wenn er das täte, würde er das leiden müssen, was der andere leidet. — Auf der anderen Seite: das Haupthindernis der Hingabe an den Menschen ist doch: daß dieser Andere das Weib sein müßte.

Es sieht jetzt alles so aus, als sei, nachdem für A. sein neurotischer Anteil durchsichtig und sinnvoll geworden ist, darüber hinaus, ja dadurch auch im „normalen" Anteil eine Desorientiertheit bis in die „fonction du réel" hinein eingetreten, also eine große Drehung, in der das Irreale real, das Äußere ein Innen werde usw. Dies Thema der Realität wurde von A. auch ganz bewußt also solches bezeichnet, aber eben nicht nur in gleichsam erkenntnistheoretischer Distanzierung, sondern auch als „Wandlung" empfunden.[28] Um diese Zeit erklärt er einmal, es sei, als ob er jetzt am rechten unteren Eck des Quadratschemas wäre und nicht recht an der rechten Seitenkante in die Höhe käme; wenn er an ihrem oberen Ende wäre, dann wäre die Neurose aufgelöst. Etwas später: „ich glaube, daß ich jetzt doch umsattle; zur Medizin". Um Psychoanalytiker zu werden? „Nein! (lacht) Medizin oder etwas Naturwissenschaftliches." Unmittelbar darauf gibt er spontan nochmals einen Überblick über die Genese der Angst; die habe begonnen mit dem Tode der Mutter. Da sei der Vater abends immer ausgegangen und spät heimgekehrt. Er hatte Angst, es kämen Einbrecher, habe x-mal unters Bett gucken müssen. Besonders hat einmal jemand nachts mit der Hacke an den Laden geklopft; eine Nachbarsfrau habe auf die Weise die Kinder schrecken wollen. Dann mußte er immer nachsehen, ob der Laden auch zu war; die Türklinke mußte er immer dreimal berühren. Das war

28) Während die analytische Arbeit in dieser Phase ganz besonders mühevoll wird, herrscht überdies große Hitze. Es ist gewiß erlaubt, zur Verdeutlichung dieser Phase auch einmal ein Erlebnis des Arztes zu berichten, dem dabei eine Übermüdung sicher zur Hilfe kam; die betreffende Notiz im Protokoll lautet: „Während ich das Erlebnis habe, als ob sich in A. etwas dreht, bekomme ich eine Sekunde lang die Halluzination, als sei plötzlich sein Hinterkopf da, wo sonst sein Gesicht, dagegen Nase, Augen und Mund da, wo sonst sein Hinterkopf sich befindet."

dann religiös, wegen der Trinität. Auch siebenmal mußte er Dinge berühren wegen der Zahl der Sakramente. Weil das Aberglauben war, mußte er es beichten. Aber in den ersten Volksschul- und Gymnasialjahren sei sein Verhältnis zur Realität noch natürlich gewesen, dann habe er es allmählich verloren. Jetzt erst sei ihm, als ob er das natürliche Verhältnis zur Realität wiedergewänne, besonders im Hinblick auf den neuen Beruf. Im Notfall müsse er eben Werkstudent werden. Die Neurose A.'s gleicht in diesem Stadium genau dem eindrucksvollen Gleichnis, das Lou Andreas-Salomé[29] wiedergibt: „Wie in einem in hundert Splitterchen zerschmetterten Spiegel erkennt man noch im letzten Splitter das ganze Antlitz des Feindes vollständig." A. bezeichnet diesen Satz als durchaus auf ihn zutreffend. Aber er ist noch nicht in der dort weiter beschriebenen Verfassung, mit einem Siegesgefühl den geschlagenen Feind, die Neurose, auf seiner Flucht verfolgen zu können, wie das Folgende zeigt:

Alle Arten der Realität, Politik, Beruf, Persönliches stehen jetzt in der Spannung. Auf die Frage, ob sich daraus nicht eine ganz andere Auffassung und Zusammenhangsordnung der sogenannten Realitäten ergebe, äußert er unter schließlichem Grinsen, das sogar in eine Lache übergeht, die er aber zu hemmen sucht: sein Onkel spreche viel von Politik, und dabei habe er fast ein Zwangsgefühl, er müsse, um zu gelten wie andere, mitreden, sonst würde er verachtet. Bei dieser Spannung fällt ihm „statt mitreden" plötzlich das Wort „mithalten" ein, nämlich als ob einer enorm mit ihm fresse. Diese Vorstellung ist von erschütternder Komik, wodurch sich nun die Spannung löst; aber nun fühlt er sich blamiert, und nun muß er also, um die Blamage zu meiden, verzichten. So ist er immer im Dilemma zwischen dem Tun des Verbotenen oder dem Komischen. Das ist überhaupt eigentlich die ganze Geschichte; das ist die gleiche Spannung wie die durch den Verzicht auf die Onanie entstandene, die ihn zwang, immer etwas aus dem Natürlichen hinauszutun, um seine Minderwertigkeit gegen die andern zu kompensieren durch eine Überlegenheit.

Es ist aber nicht so, daß A. nun in der Erkenntnis dieses Ringes oder Rhythmus von Spannung und Abreaktion im Gefühl des Komischen zur Ruhe kommen könnte; auch der Ausweg ins Begreifen oder distanzierende Objektivieren ist ihm versperrt. Eine suggestive Andeutung in dieser Richtung beantwortet er mit den Worten: „es fehlt mir dazu die Sanktion". Ehe er in die Behandlung kam, habe er immer gedacht, er müsse das durch Philosophie in Ordnung zu bringen. Wenn er aber die Neurose so beiseitestellte,

29) Dank an Freud. S. 11.

wie hier vorgeschlagen, würde es „eine Verdrängung" sein. Auch hat er seine Zweifel, ob das Umsatteln zur Medizin nicht auch eine Flucht sein würde. Die Neurose ist nicht beiseitezustellen, „weil sie ja eine falsche Gefühlskonstellation in mir selbst ist, da ich nur durch ein volles Menschsein legitimiert wäre, das zu tun". Als Vorstufe dazu denkt sich A. einen Zustand, in dem er gewissermaßen auf alle Werte und Gefühle gleichmäßig verzichtet, und so gleichsam auf sein Ich verzichtet. Dieses von ihm „Zwischenstadium" Genannte schließt nicht aus, daß er sich einem Affekt oder einer Auflehnung hingibt (wie ihm das jetzt öfter möglich ist, besonders gegen die Stiefmutter), weil dadurch die nötige Entspannung eintritt. Aber eine Beziehung, eine Frauenliebe z. B., wäre mit dem Zwischenstadium nicht vereinbar, wohl aber danach. — Es stellt sich dabei heraus, daß A., der früher „gewissermaßen keine Genitalien mehr" hatte, dies Gefühl jetzt wieder hat. Aber gegenüber der Frau stehe dies Nur-Sexuelle im Vordergrund, was ja eigentlich beleidigend auf die Frau wirke, weswegen sie ihn verachte und er sie wieder erniedrige. Das Urinieren geht zwar nicht besonders gut, interessiert ihn aber nicht mehr.

10. Organerkrankung und Wandlung der Realität.

In unsere Krankengeschichte einer Neurose dürfen wir also zwei Eintragungen machen, die auch in einem Krankenblatt alltäglicher Art nicht würden fehlen dürfen. Wir hätten, was die Neurose betrifft, zu verzeichnen, das Symptom der Miktionsstörung belästige den Kranken nicht mehr wesentlich; die Beeinträchtigung durch Personen, die etwas davon hören könnten, sei verschwunden. Und dann wäre anzumerken, der Kranke habe eine Angina überstanden. — Dem Plane der Untersuchung also, körperliche und seelische Erscheinungen mit gleichmäßiger Sorgfalt zu beobachten und womöglich einheitlich zu verstehen, kommt diese klinische Entwicklung offenbar entgegen. Vielfache Anregungen enthalten die mitgeteilten Beobachtungen, dem psycho-physischen Verhältnis nachzugehen. Aber schon dieser Ausdruck „Verhältnis" ist entweder zu unbestimmt oder vermittelt zuviel willkürliche Festlegung, als daß wir wagen dürften, eine Psychophysik aufzubauen. Bescheidener und vorsichtiger wird sein, die Stellen des Protokolls nochmals zu sammeln und gemeinsam zu betrachten, an denen sich Psychisches und Körperliches einfach b e r ü h r t. Auch dies ist ein Verfahren mit Voraussetzung; nämlich daß d i e zeitliche Nachbarschaft, welche als „Berührung" auffällt, uns feßle und herauszuheben sei. Wir können dafür nur eine Legitimation anführen, nämlich die, daß das Moment des „Auffallens" eben auch

dem Kranken, nicht nur seinem Beobachter gegeben sein kann — daß es also selbst auch auf die Seite des Beobachteten gehört.

Gehen wir also auch diesmal ganz vom Patienten aus, so sind drei Gruppen der Körpererfahrung bei ihm festzustellen. Die erste ist die, welche man als seine Krankheitsforschung bezeichnen kann und welche er in die Behandlung schon mitbringt, um sie in ihr dann umzubilden. In den Sprechstunden kommt es dann zweitens zu wiederholten Malen zu körperlichen Sensationen, welche in die (durch die analytische Methode provozierten) psychischen Erlebnis- oder Gedankenreihen einbrechen. Und endlich bringt der Verlauf der Krankheit greifbare Funktionsänderungen oder physiologisch-anatomische Vorgänge (wie auch die Angina), die der Kranke und sein Arzt feststellen können. Das erste, die Krankheitsforschung, erwies sich als ein besonders zerbrechlicher Anteil dieser Selbsterfahrungen. Die ursprünglichen neurologischen, moralischen und religiösen Erklärungen des Kranken gingen in der Behandlung unter — es waren G e d a n k e n, die von anderen abgelöst werden konnten. Aber gerade der Untergang bestimmter intellektueller Leistungen ist nicht etwa an neue überlegene intellektuelle Leistungen geknüpft, sondern an die Beziehung zum Arzt und an die Bewußtwerdung älterer Bewußtseinsinhalte. Welches dieser beiden nicht-intellektuellen Momente gibt den Ausschlag? Die Psychoanalyse hat bekanntlich, nachdem ihr das zweite, die Erinnerung, zuerst als das Entscheidende erschienen war, später das erste, die Übertragung, als den eigentlichen Kraftspender der Therapie erkannt, der freilich ohne die Erinnerung ebenfalls unwirksam bliebe. Die Erkenntnis, daß die Neurose ebenso agiert wie psychisiert werden kann, hat diese Wendung begleitet. Damit ist dann jedenfalls gegeben, jene intellektuellen Leistungen seien wenig selbständige Gebilde, sie stünden in einer beschämenden Abhängigkeit von Vergessenem und von dem Druck unbewußter persönlicher Abhängigkeiten.

Es lag in F r e u d s Mission, auch in den absurdesten Äußerungen der Kranken die sinnvolleren Motive der Gesunden noch überall zu wittern; daraus ergab sich aber fast notwendig, daß die Abhängigkeiten der sogenannten Gesunden sich als nicht viel geringer erwiesen als die der Kranken. Die Nötigung, sich auf die Seite des Kranken zu versetzen, wollte man ihm überhaupt gerecht werden — höchste Fähigkeit und Auszeichnung des Arztes — schien die Begriffe gesund und krank immer mehr zu relativieren, den „gesunden Verstand" eben dadurch zu entwerten. Was ist in dieser Lage zu hoffen? Die Situation kann nicht beschönigt werden.

Wir müssen nun das Geständnis machen, daß es gerade das L e i b-

geschehen des Kranken war, welches mit fast überwältigender Macht uns aufdrängte, ihm komme eine gestaltende, ja ordnende Fähigkeit zu. Was sonst allein der Verstand zu leisten schien, schien nun seinem Gegenspieler, dem Stoffe übergeben. Sicher ist das Funktionsgeschehen am Blasenschließer ein Beispiel, gewiß haben die Leibsensationen in der Analyse einen Anteil an dieser Einsicht; aber günstiger ist doch der Fall der Angina, um einzusehen, in welcher Art die Leibgeschehnisse eingegriffen haben. Sollte der Leib mehr Vernunft haben, als wir ihm zugetraut, so mag der über die Capitis diminutio des Verstandes Betrübte darin einen Trost finden.

Um aber diese Darstellung, die schon kompliziert genug ist, nicht noch mehr zu überladen, muß hier das Thema der Angina vorläufig eingeschränkt werden. Die Klinik dieser Krankheit erweist mindestens zwei Gruppen. Es gibt Anginen bei neurotischen Patienten, die eine große Bedeutung für die Neurose haben, wie wir schon dargestellt haben. Aber es gibt auch Anginen, die nicht in eine neurotische Struktur eingreifen und statt dessen den Krisenpunkt für allgemein als normal bezeichnete Lebensläufe abgeben. Von dieser zweiten Gruppe müssen wir später kurz handeln. Um aber dem Einwurf zu begegnen, die Ereignisse, die sich bei A. abgespielt hätten, seien zufällig individuelle, sollen hier noch zwei Fälle vergleichbarer Art angeführt werden: die Angina einer Psychoneurose und die eines Kindes an der Grenze von Spiel- und Schulalter.

Den ersten Patienten, eine 38jährige unverheiratete Frau, kennen wir schon flüchtig — es ist die S. 52 f. erwähnte, welche an quälender Selbstbefriedigung an der Mamma litt und wegen dieses Zwanges in die Behandlung trat. Hier ist nachzutragen, daß dies Symptom auf dem Hintergrund einer homosexuellen Phantasie erwuchs, derzufolge die Patientin eigentlich nur vom Anblick weiblicher Brüste geschlechtlich erregt wurde und, wie sich später herausstellte, vor allem denen der noch lebenden Mutter. So bestand denn auch eine äußerst schwierige, aus steter ungestillter Sehnsucht und eifersüchtiger Haßeinstellung gemischte Beziehung zu dieser Mutter im Mittelpunkt ihres persönlichen Lebens. Denn diese Frau, selbst als eines von 18 Geschwistern aufgewachsen, wendet ihre Mütterlichkeit gerechterweise auch ihren anderen sieben Kindern zu, und sie muß diese eine Tochter zwar gleichfalls sehnsüchtig lieben, aber sie kann sie, unkundig ihres verhängnisvollen Geheimnisses, nicht verstehen, noch befriedigen. Die seelische Spannung der Patientin nahm in einem Zeitpunkt, da sie durch späte Reifung und psychische Behandlung bewußter und souveräner geworden, aufs höchste zu und erstreckte sich dabei besonders auch auf eine verheiratete Schwester, von der

sie von klein auf und noch heute wegen ihrer kindischen Ängstlichkeit gehänselt zu werden pflegt — dabei produziert aber diese selbst bei unangenehmen Szenen in der Familie ganz grobe hysterische Anfälle. Hier hören wir nun, unsere Patientin habe als kleines Kind in der Nacht stundenlang geweint und die fürchterlichste Angst gehabt, den Eltern könnte im Nebenzimmer etwas Schlimmes passieren, wobei sie sterben würden oder schon gestorben seien. Damals verlangte sie nun von jener älteren Schwester, sie solle im Schlafzimmer der Eltern nachschauen, ob sie noch leben, was dann auch geschah. Wurde darauf angespielt, so wurde noch heute ihr „Allertiefstes und Allerletztes" verletzt. Als nun, wie gesagt, die Erregung über die Unmöglichkeit, mit der Mutter bei Besuchen zärtlich allein zu sein (immer war noch ein anderes der Geschwister da, die Mutter schien das instinktiv so einzurichten), wieder einmal entstanden und diesmal aufs höchste gestiegen war, bekam sie, in die nahe eigene Behausung zurückgekehrt, am folgenden Tage eine A n g i n a. Noch im Bette schrieb sie der Mutter einen langen Brief, in dem sie alle Zusammenhänge, den Grund und die Tatsache ihrer ungestillten Sehnsucht ausführlich und, wie sie glaubte, dem Verständnisvermögen der Mutter sehr gut angepaßt, darlegte. (Man spürt ein wenig den koketten Stolz, wie g u t sie diesen Brief abgefaßt hatte.) Die Wirkung war niederschmetternd. Sie erhielt als Antwort einen richtigen b ö s e n Brief. Da wurde ihr klar, und das Wort erklang immer wieder in ihr: „a u s s i c h t s l o s!" Sie vergoß keine Träne, alles war ihr plötzlich klar: daß sie sich endgültig vom Elternhaus gelöst habe, daß dies unwiderruflicher Verzicht und gleichsam Befreiung war. Trotzdem ist ihr dieser Brief der Mutter wie ein Allerheiligstes geblieben, sie ist ihr nicht böse, sie hat mit drei abschließenden Zeilen kurz und liebevoll geantwortet und beide gingen bei der nächsten Begegnung scherzhaft über das Vorgefallene hinweg. — Seitdem ist die bis dahin angeblich fast ausschließliche Bindung der Sinnlichkeit an die Brust der Mutter völlig verschwunden. Die Erregung durch den Busen anderer Frauen sei nichts anderes gewesen, denn diese anderen seien ja eigentlich alle in der Mutter gewesen. Diese Abhängigkeit ist jetzt beseitigt, statt dessen ist eine Disposition für den Mann entstanden, die zunächst in einem Traume offenbar wurde. Inzwischen aber sind noch mehrere Halsentzündungen und eine Kiefereiterung aufgetreten, über deren psychologischen Rahmen vorläufig nichts in Erfahrung zu bringen ist. — Die uns schon bekannte hohe Befähigung der Patientin zu fast epigrammatischer Selbstformulierung bewährt sie in folgenden Sätzen: „Was die Schuld für die Seele ist, das ist die Krankheit für den Leib." Für sie ist Krankheit also nicht Strafe; sie hat

vielmehr die Erkenntnis, daß sie „aus Schuld" etwas tun, bezw. krank werden muß. Der Beichtvater hat sie wegen dieses „muß" als Ketzerin scharf zurechtgewiesen, weil damit die Willensfreiheit aufgehoben wäre. Aber sie blieb bei ihrer Meinung. Sie ist zugleich überzeugt, daß sie jetzt eine viel bessere Katholikin ist als zuvor.

In dem Fall eines sechsjährigen Knaben war etwa folgendes zu ermitteln: Es handelt sich nicht um eine Angina lacunaris mit Pfröpfen, sondern um eine erst ein-, dann doppelseitige starke Tonsillenanschwellung mit nur schwacher Rötung und einem schleierartigen Ödem der bedeckenden Schleimhaut, die mit stark schmerzendem Husten, aber relativ nur unbedeutenden Schluckbeschwerden verknüpft ist. Dieser einige Wochen anhaltende Befund entwickelte sich unter folgenden Umständen: Bruno ist ein drittes Kind, das bisher besonders wenig Erziehungsschwierigkeiten machte, seit kurzem aber sehr nervös und blaß ist. In der Entwicklung unterscheidet es sich von seinen zwei älteren Geschwistern durch ein besonders langes Verharren in der kindlichen Gleichsetzung von Wahrnehmung und Vorstellung. Sein Ehrgeiz, es den älteren gleich zu tun, führt daher noch im gegenwärtigen Alter besonders leicht zur Produktion phantastischer Erzählungen, was alles er mitgemacht, gesehen und getan habe. Oft ist es unmöglich, zu erkennen, was daran doch wahr ist. Die Folge ist, daß er zwar nicht wegen Lügen gestraft, aber wegen „Schwindelns" häufig gehänselt wird, und zwar auch durch den Vater. Unmerklich zunehmend aber reagiert er darauf mit gekränkter Miene. Mehrfach geschieht, daß er heult: „Du glaubst mir nicht." Tatsächlich halten ihn die zwei Älteren jetzt für lügenhaft. Noch ein zweites Moment trägt ihm kleine Spöttereien ein. Seit Monaten hat er eine solche Neigung zu Leckereien entwickelt, daß er nicht lassen kann, jeden Pfennig darin anzulegen, und er ist ein wahrer Expert der Kauf- und Preisverhältnisse aller Bäckereien der Umgegend. Nun haben seit einiger Zeit die Geschwister eine gemeinsame Sparbüchse beschlossen, über die freilich der Älteste ziemlich diktatorisch verfügt; so ist es aus mit der freien Verfügung über die Pfennige, und Bruno scheint der Versuchung zur Entwendung hier und bei anderer Gelegenheit nicht standgehalten zu haben. Gewiß ist, daß nun folgendes passiert: Zum Geburtstag des Vaters wollen die Kinder kleine Geschenke anfertigen. Aber Bruno hat es vergessen und ist an einem der Vortage in großer Aufregung, weil er nichts gemacht hat. Seine Mutter will ihm eine Chance geben und schlägt vor, dem Vater eine hübsche Bleifeder zu schenken, die sie selbst zum Geschenk bestimmt hatte. Diese wird weggesteckt, aber als man sie am Vorabend hervorholen will, ist sie verschwunden. Bruno leugnet alles, ist aber in großer Angst,

weil er nun doch kein Geschenk hat. Nun wird rasch ein kleines Bild zum Ersatz gemalt, und er beruhigt sich. Auf weiteres Drängen aber bekennt er, den Bleistift für 20 Pfennig verkauft und wieder in „Gutsele" angelegt zu haben. In diesen Tagen sind die Eltern also vorsichtig gegenüber den häufigen Unwahrheiten geworden und enthalten sich der Richtigstellung offensichtlicher Unwahrheiten des Kindes, wo immer dies angeht. Trotzdem häuft Bruno seine Erfindungen, und ein neuer Umstand, der aber seine Schatten schon längst vorauswarf, steigert seine innere Gleichgewichtsstörung: der Eintritt in die erste Volksschulklasse. Auf ihn schien er sich über die Maßen zu freuen; als das Erwartete aber in eben diesen Tagen wirklich wird, merkt man, daß es vor allem um die Befriedigung seines Ehrgeizes, zu sein wie die andern, ging und daß er große Angst zu bewältigen hat. Da er bisher nicht schreiben konnte, hat er immer viel „gemalt"; auch dabei ließ er sich schon früher vom älteren Bruder helfen und behauptete dann, er habe es allein gemacht. So ähnlich sah die Sache auch beim improvisierten Geburtstagsgeschenk wieder aus. Bei der Heimkehr nun nach der ersten Schulstunde erzählt er gleich: „wir müssen bis morgen etwas malen; aber, Mutter, du mußt mir helfen". Auf die Mahnung des Vaters, es doch allein zu machen, folgt ein Tränenausbruch: „ich kann's doch nicht, Ihr helft mir nie". Er könne es doch nicht so gut wie die andern Kinder. Einige Tage später, auf die Frage, was sie in der Schule machten: er habe gleich in der ersten Schulstunde eine Tatze bekommen, weil er sich aufs Pult gesetzt. Als der Vater Zweifel merken läßt, wird er wieder ärgerlich: „alle haben Tatzen bekommen; und die andern jeder drei Tatzen". Er bleibt der Tonsillitis wegen einige Tage zu Hause. Dann klingt alles ab: die Erregung, die Gekränktheit, die Schwindeleien, das Stehlen, die Mandelschwellung und der Husten. In den folgenden Monaten wird Bruno ein guter Schüler, hört auf zu phantasieren, der Charme des verträumten und etwas melancholischen Kindes in seinem Gesichte weicht den bubigen Zügen, er wird unartig und heiter. Während er früher fast ausschließlich ganz furchtlos mit wesentlich älteren Kindern gespielt hatte und deren Gewalttätigkeiten unbekümmert über sich ergehen ließ, entzieht er sich jetzt dieser Rolle des beliebten und mißhandelten „Kleinen". Aus dem Kinde ist ein Junge geworden.

An früherer Stelle (S. 61), nämlich bei der Betrachtung neurotischer Symptome als „kritischer Wendungen", ist eine Hypothese angedeutet worden, wonach wir solche Unterbrechungen eigentlich als Wandlungen der psychophysischen Konstellationen auffassen würden. Es soll das heißen, daß eine Ordnung sich in einem kritischen Zustand aufzulösen scheint, durch diesen hindurch aber ein neues Gleichgewicht entsteht. Solange die Neurose oder ein Symptom von

ihr sich hält, scheint freilich nach der Krise immer wieder ein Rückfall in die alte Ordnung zu erfolgen. Aber es gibt dann auch Krisen, die eine wirkliche Wandlung mit Beseitigung des Symptoms herbeiführen. Während die psychoanalytische Therapie dergleichen von den bekannten Ereignissen der psychischen Reproduktion und der Übertragungsdynamik erwartet, sollen wir nun lernen, daß auch eine organische Erkrankung wie die Angina solche Dienste zu leisten scheint. Es wird aber noch vorsichtiger sein, hier nicht schon ein Werturteil einzuführen, als habe eine organische Krankheit etwas wie einen therapeutischen Vorteil aufzuweisen. Auf alle Fälle müßte dieser Krankheitsgewinn eher beurteilt werden wie der, welchen wir auch der Neurose cum grano salis zuerkennen. Jedenfalls ist der Gewinn, den Neurose verschafft, eigentlich ein Gewinn für den schwächeren Anteil unseres Ich, der sich einer größeren und gefährlicheren Aufgabe entziehen will. Hier nun sieht es so aus, als bringe die Organerkrankung dem Menschen den Vorteil, ein Stück Neurose zu verlieren; aber wir dürfen zweifeln, ob er damit gerade der Aufgabe gewachsen wurde, vor der er in die Neurose abgebogen war. Mehr gewinnt man die Überzeugung, der Kranke überspringe die Konflikte, um sich einem ganz anderen Daseinsbereiche, der nun für ihn der wesentliche wird, zuzuwenden. Dies jedenfalls können die drei besprochenen Anginaanfälle mit Sicherheit lehren: nachdem die kritische Unterbrechung der Angina vorüber ist, wird ein neues Thema aktuell. A. wendet sich zur Berufsfrage und wünscht das Studium zu wechseln — die Zuwendung zum Weibe ist noch in suspenso. Die Patientin löst sich von infantiler Beichtkindschaft zu reifer Kirchlichkeit und geistiger Selbständigkeit. Die Frage „Mann" bleibt für sie ungelöst. Der kleine B. aber hat diejenigen psychischen Eigenschaften entwickelt, welche wir als Bedingung des objektiven Verstandsgebrauches und der Sachlichkeit annehmen müssen: aus der magischen ist bei ihm die rationale Beziehung zur Umwelt geworden. Aber seine frühere Gefühlswelt sinkt ins Dunkel zurück und kann für ihn noch einmal Schicksal werden.

Ein Fortschreiten ist also jedesmal da; aber ob es mit optimistischer Färbung ein Fortschritt zu nennen sei, wird hier nicht entschieden. Vielmehr bedeutet diese Klarstellung, daß diese Personen offenbar in die Lage kamen, anstatt neurotischer Bildungen „organische" zu produzieren, und daß sie daraufhin sich in einer veränderten, ja neuen Situation befanden. Dafür, daß ein solches Alternieren sogar eine gegenseitige Vertretbarkeit zwischen Neurose und Organerkrankung bedeutet, läßt sich aus klinischer Erfahrung manches Material anführen. Aber derartige Beobachtungen werden erst dann etwas lehren, wenn man sie auch versteht. Es ist von hohem Wert, wenn wir so ein-

drucksvolle und befriedigende Verläufe dieser Art wie den von Simmel[30] mitgeteilt erhalten, der berichten konnte, wie als Äquivalent einer Neurose eine schwer hydropische Herzinsuffizienz auftritt, und der diese Deutung durch den Gang der Therapie beweisen konnte. Aber das pathologische Verständnis solcher Fälle ist, wie mir scheint, durch die einfache Anwendung der metapsychologischen Begriffe Freuds noch nicht zu erreichen, weil in diese das, was die Klinik organisch nennt und was die pathologische Anatomie und Physiologie erfassen kann, in der Psychoanalyse bisher nicht aufgenommen werden konnte (und umgekehrt). Es wird daher nichts übrigbleiben, als noch einmal hinter die ausgeformten Reifestadien dieser Wissenschaften zurückzugehen und in möglichst theoriefreier Beobachtung die Erscheinungen und Abläufe zu betrachten. Unser Patient A. zeigt hier nun das Folgende.

11. Der Fall A. Untergang der Moralität und Es-Bildung.

A.'s Krankheitsforschung erwies sich als zerbrechlich; von seinen Verstandesurteilen konnte er wenig mehr retten, als daß sie selbst Symptome seien. Aber geht es der wissenschaftlichen Analyse besser damit? Ist etwas gewonnen, wenn wir die Genese beschrieben haben? Offenbar dann, wenn sie etwas Neues oder Besonderes über eine Beziehung oder Stellung des organischen Vorganges in dieser Genese sagt. Und da war auffallend, daß mit dem organischen Vorgang eine Wendung oder Wandlung der Gedanken kommt, die nicht logisch ist. Das Organgeschehen und das „Auf-andere-Gedanken-kommen" stehen in Konnex. Indem das organische Ereignis einbricht, ordnen sich Urteile, Wünsche, Gefühle neu, denn ihre Richtung und ihr Gegenstand ändern sich. Wenn es so etwas gibt, muß auch die Auffassung der Krankheit eine Folgerung daraus ziehen.

Die Genese aber stellt sich nun so dar. Früh in der Kindheit verlor A. die Mutter. So blieb sein Sehnen ohne Erfüllung; und nur sie hätte seinen „natürlichen Ich-Bereich" mit dem „feindlichen Umwelt-Bereich (Vater)" vermitteln können. So hat ihm die Erziehung den natürlichen Bereich verleidet und ihn mit Schuldgefühl belastet (S. 21). Zu diesem natürlichen Bereich gehörten das Defäzieren, dann das Urinieren und schließlich die Geschlechtsfunktion. Was natürlich sein und von selbst gehen müßte, geriet unter die moralische Zensur der Autoritäten, die zuerst äußere waren und dann innere wurden. Von nun an beunruhigt das Natürliche das Moralische und stört das Moralische das Natürliche. Dem Moralischen erscheint das Natürliche als Gegner, aber nur durch das Natürliche könnte das Moralische befriedigt werden. Der Wider-

30) VI. Allg. ärztl. Kongr. f. Psychotherapie, S. 56, 1931.

spruch, unlösbar wie er ist, bleibt nicht auf sich beruhen, sondern er führt zu bedenklichen Kompromißlösungen. Der wichtigste Teil der Umwelt wäre nach der Pubertät das Weib. Aber die narzißtische Selbstbegegnung, die sich als unvollziehbare und daher phantastische Bisexualität erweist, schließt ebenso die Zuwendung zum Weibe aus, wie sie auch eine Funktion, die natürlicherweise von selbst ablaufen müßte, zu unnatürlicher Aufgabe mit Beschlag belegt, so daß wechselseitige Hemmung eintritt. Zwei weitere Übel sind die Folge. Die Überlastung des Ich mit Idealbildung entlädt sich durch krankhafte Projektion eines Teiles seiner Forderungen in die Umwelt (den Pan), die bis zu wahnähnlichem Paranoid geht. Aber zugleich greift die Einschränkung der Funktion auf neue Bereiche des geselligen und beruflichen Lebens über. — So entstand aus dem Liebesverlust der Widerstreit des Natürlichen und Moralischen, aus diesem Konflikt der ausweglose Kreis der neurotischen Selbstbezogenheit und in ihm die Funktionseinschränkung mit Realitätsverlust.

Bis hierher dürfen wir behaupten, die Psychoanalyse schildere den Vorgang weit zutreffender als die pathologische Physiologie, welche unter Verzicht auf die Genese der Moralität die Änderung der Funktion als eine rein materielle beschreibt, die in bestimmten Fällen auf nicht faßbarem Wege psychisch beeinflußt sei. Die Psychoanalyse ihrerseits erfaßt in der moralischen Beschaffenheit des Vorganges eine entscheidende Qualität primär, mußte aber auf die physiologische Anschauung verzichten. Sie verspart sich diese Aufgabe auf später, muß sie also gleichsam voraussetzen. Überwältigt von der Genese mußte sie der Dynamik ein lockeres, improvisiertes Gepräge geben. Betrachten wir den historischen Weg vom Liebesverlust und Trauma über den erzieherischen und moralischen Konflikt zu Funktionseinschränkung und Realitätsverlust aber im Ganzen, so umschließt er ganz gewiß eine Kette von Ursache und Wirkung, von Grund und Folge, also auch eine „Dynamik"; aber diese „Dynamik" kann die Genese nicht erklären und die Genese kann die Dynamik nicht beweisen. Vielmehr bleibt der Eindruck übermächtig, hier sei eine Wandlung der Grundverhältnisse, eine Unbeständigkeit der Elemente selbst, aus denen alles sich aufbaut, gegeben, die wir nicht auf einfache Prinzipien oder Substanzen zurückführen können. Es bleibt, da wir demnach die (psychoanalytisch erfaßte) Genese und die (physiologisch beschriebene) Dynamik nicht durch ein allgemeines Prinzip ohne weiteres verbinden können, nichts übrig, als von Stufe zu Stufe den dynamischen Übergängen zu folgen, welche die Genese gleichsam aus ihrem Krater ausschleudert.

Der frühkindliche Liebesverlust ist sicher ein Drama gewesen, das in seinen Spätfolgen der neurotischen Funktionsstörung nur mit äußerster Mühe wieder-

zuerkennen ist. Die Beziehung zwischen diesen beiden Dingen wird durch die moralischen Konflikte des Narzißmus zwar vermittelt, aber sie werden einander dadurch nicht ähnlicher. Man kann den Kampf der Leidenschaften eben nicht in den Wettstreit physikalischer Kräfte oder antagonistischer Muskeln übersetzen. Dies wäre nicht nur eine Art von Analogie, gegen die sich das wissenschaftliche Gewissen sträubt; es steht auch der völlig lokale Charakter der physiologischen Vorgänge zu den ganz umfassenden Ereignissen der Frühzeit in einem zu krassen Mißverhältnis. Trotzdem hat die ganze Bewußtseinsarbeit nichts anderes behauptet als dies: die Funktionsstörung sei aus den leidenschaftlichen Ereignissen hervorgegangen. Diese, so läßt sich kurz formulieren, hätten sich im Symptom materialisiert. Wir haben aber diese Formulierung, die wenig besagt und nichts erklärt, bereits durch eine Deutung ersetzt, die erheblich über sie hinausgeht: der Funktions e i n s c h r ä n k u n g und dem Realitäts v e r l u s t der Neurose gegenüber stellt sich für den Kranken in der organischen Krise ein Funktions w a n d e l und ein Realitäts- w a n d e l. Indem ihm die Angina widerfährt, erfährt er sich selbst anders als zuvor, erschließt sich ihm auch eine andere Umwelt. Dieser Übergang ist trotz aller rückläufigen Bewegungen und, obwohl er nur Teile seines Verhaltens und seiner Gedanken ergreift, unverkennbar. Wiewohl also die Neurose und die Angina darin gleichstehen, daß beide dem Kranken die Bewältigung eines spezifischen Konfliktes ersparen, so sind sie darin doch unterschieden, daß die Angina einen R e a l i t ä t s charakter mit sich führt, den die Neurose im allgemeinen nicht erreicht. Wir mögen noch so oft vorhalten, auch eine Gemütsbewegung, ein Zwangserlebnis, ein Gedanke sei eine Realität — keine Lebhaftigkeit der Empfindung und kein philosophisches Argument kann ändern, daß wir alle immer wieder damit anfangen müssen: daß das, was materiell geschieht, und nicht seine psychische Wahrnehmung, das „eigentlich" Reale sei. So auch: daß der Nervöse eben „nur" nervös, der Organiker der richtig Kranke sei. Drittes Beispiel: A. äußerte einmal, er sei nicht imstande, in meiner Privatwohnung (in der ich analysiere) Urin zum Zweck der Untersuchung zu entleeren; in der Klinik, wo ich ein Arzt sei, wie ein anderer auch, würde er es können. — Was haben wir von diesem Realitätsverlust im Neurotischen, von diesem Realitätsgewinn im Organischen zu halten? Diese Frage umschließt weit mehr als eine terminologische Schwierigkeit, sie umschließt das Schicksal des Kranken selbst. Wir brauchen zu ihrer Lösung ihn und seine Äußerung. Denn vom Realitätsproblem aus kann man sagen: er hat von Anfang an daran gearbeitet, als ob es fast nur darum gehe.

Durch die Mutter hätte er den Ich-Bereich und den Umweltbereich mit-

einander vermitteln können — dies war eine seiner frühesten Äußerungen in der Behandlung. Daß es nicht geschah, wurde in seinem Urteil die Wurzel alles Übels. Die „Erziehung" nämlich hatte unglückliche Folgen, weil die beiden Bereiche nicht in Einklang kamen. Was Einklang oder vielmehr Nicht-Einklang war, wird bald klar; das Natürliche und das Gesollte fallen auseinander, so entsteht das Schuldgefühl. Das Böse ist entstanden. Verzichten wir ganz darauf, die zeitliche Folge hier zu betonen — ein wesenhafter Zusammenhang bleibt auch bei anderer Reihenfolge klar; es ist die Unvereinbarkeit des zu Vereinenden, des Natürlichen und des Gesollten. Das Gesollte aber und das Natürliche — unterscheiden sie sich nicht schon fast wie das Nicht-richtig-Reale und das Reale, das „Neurotische" und das „Organische"? Stellen wir die Bedürfnisse klinischer Einteilungen und Begriffe einmal noch zurück, um nur die Ursprünge zu klären, so kann man behaupten, die ganze Krankengeschichte sei nur dadurch überhaupt darstellbar geworden, daß wir dem Kranken gestatteten, das verhängnisvolle Gegenspiel von Natürlich-Seiendem und Seinsollendem in ihm zu erzählen und weiterzuspielen. Betrachtet man dies Spiel noch weiter, so entspringt seinem Dualismus ein Drittes und Unpersönlicheres, nämlich das, was weder natürlich ist, noch moralisch sein soll — eben die Krankheit. Indem er sie auf das Rückenmark schiebt, anerkennt er die Ohnmacht seines Willens, indem er zum Arzte geht, bestätigt er die nicht-moralische Qualität dessen, was nun eingetreten ist. Während aber die Miktionsstörung ihm eine Zeitlang noch als Strafe oder als Wirkung der Schuld galt, ist später und auch bei der Angina dieses Band zu seinem Ich abgeschnitten; die Krankheit ist dann ein Es, ein Nicht-Ich, eine „Erkältung". Sie kann man nicht mehr psychologisieren oder subjektivieren, sie ist etwas Objektives, das man nur in der Verstandes-Sphäre weiter untersuchen und erklären kann, also mit den Mitteln objektiver, logischer Kategorien. In diesem Bereiche auftretende Widersprüche würden nicht wie zwei Gegner nebeneinander, wie ambivalente Willens- und Gefühlsstrebungen miteinander sein können, sie würden immer das Entweder-Oder bedeuten: etwas ist, oder sein Gegenteil ist — beides zugleich kann nicht sein. Wenn z. B. das Rückenmark des Patienten normal ist, dann ist seine „neurologische" Krankheitsdeutung falsch.[31] Ist aber sein Rückmark „kaputt", dann braucht er von seinem

31) Wir wissen, wie kraftlose Instanzen diese Objektivität und Logik bei Nervösen und organisch Kranken gewöhnlich werden. Sie scheinen in uns unterzugehen, wenn wir aus unkontrollierbaren Bereichen her bedroht sind. Aber wir vergessen dabei, daß diese Bereiche selbst in uns untergehen mußten, als wir den kategorialen Funktionen Herrschaft über uns einräumten. In der Krankheit also wird unser Verstand dumm, aber unsere unterge-

Willen nichts mehr zu erwarten, dann kann eine Psychotherapie nicht helfen. An diesem Punkte ist also die Entscheidungs-Situation festzuhalten, welche sich nach beiden Seiten auswirken muß: im Sollbereich fällt sie zwischen Wollen und Können, im Ist-Bereich zwischen Ist und Ist-Nicht.

Ist er organisch krank, so verliert sein Soll jeden Anspruch; was man einfach nicht kann, das braucht man auch nicht zu wollen. Es ist aber hier eine reine Tatsachenfrage, dies „Können": ist das Organ gesund, dann muß er auch wollen, was ihm sein Soll befiehlt. Diese Tatsachenfrage des Ist und die moralische des Soll sind also ebenso miteinander artikuliert, wie die des „Natürlichseins" mit dem Gesollten zusammenhing. Wo immer in der Krankengeschichte eine derartige Entscheidung fällt, da wird eine Grenze erreicht, die, nicht absolut gesprochen, aber für ihn eine bestimmte Gesamtordnung der Bereiche herstellt — bis zu neuer Krise und Entscheidung. Dies ist der Punkt also, in dem, wie wir ankündigten, die Realität und ihre Bearbeitung das Schicksal des Kranken bedeutet. Mit der Konstatierung, daß das Organ krank ist, darf der moralische Kampf untergehen, und wir dürfen behaupten, der Untergang eines Stückes vom moralischen Sollbereich sei ein gleich scharfes und ein denselben Vorgang bezeichnendes Kriterium wie das Auftauchen der Organstörung. So hat auch die Kranke mit ihrer Aussage, „was die Schuld für die Seele sei, das sei die Krankheit für den Leib", eine Gleichsetzung vorgenommen, die ziemlich nahe an unseren Schluß kommt, der Untergang eines Stückes Moralität und die Realisierung eines Stückes materiellen pathologischen Geschehens seien notwendig verknüpft. Beide, ihre Aussage und unsere Folgerung, sind aber gleich weit von der moralischen, besser: moralisierenden Auffassung entfernt, welche Krankheit zur Sündenfolge machen will. Jene Patientin vielmehr ist nicht abzubringen davon, aus Schuld müsse sie sündigen oder krank werden. Und ich meine, der Untergang einer Moralität und eine pathologische Materialisierung seien notwendig verknüpft. Wie sie aber den Vorwurf der Ketzerei dafür erträgt, so werden wir den der philosophischen Spekulation zu ertragen wissen. Doch ist sie nicht so einsam in der Welt der Theologie, wie man glaubt: sie vertritt, was Paulus, Augustin und Luther lehrten, nämlich, daß der schuldhafte Akt, wiewohl nicht gesollt, doch unvermeidlich und daher das arbitrium ein servum zu nennen sei. Wir wiederum, sollten wir, wenn wir in der Krankheit den Untergang der Moralität feststellen, nicht den Beifall

gangene prärationale Kampfkraft wieder wach und hell. Dies kann Vorteil oder Nachteil bringen, zumal wir, gehen wir zum Arzt, unseren Kampf mit einem Bundesgenossen führen, der beides bedeuten kann.

aller derer haben, die schon seit so langer Zeit verlangt haben, man dürfe die Forschung und Wissenschaft nicht durch moralische oder gar religiöse Vormundschaft verkürzen? Sollten diese etwas einzuwenden haben, wenn sich herausstellt, der Gegenstand dieser Wissenschaft entspreche diesem ihrem methodischen Ideal aufs genaueste, ja er sei geradezu verbürgt durch ein Gesetz des Lebens, wonach durch die Entmoralisierung allein der Vorgang zu dem werde, was diese Wissenschaft sucht — nämlich objektiv — nicht subjektiv, real und materiell, nicht bloß erlebt oder empfunden?

Der Kranke A. ist freilich in weniger günstiger Lage als die Kranke, welche, in höchster geistlicher Ahnenreihe geborgen, den gelegentlichen Verlust der priesterlichen Anerkennung verschmerzen kann. Denn für ihn ist der Untergang einer Moralität doch von viel gefährlicheren Erscheinungen begleitet. Wie ihm der Rückgriff auf eine solche überlieferte Spiritualität versagt ist, so ist für ihn die Krankheit kein erfreulicher Ersatz seines so dringenden Bedarfes an neuer Realität. Die Anzeichen dieser Schwäche seiner Lage traten mit dem Abklingen der Angina beunruhigend hervor: er bekommt jetzt den Verlust im autoritären, weltanschaulich-geistigen Bereich ebenso zu fühlen wie den Mangel an Sachlichkeit, Beruf und Werk — vom Weibe ganz zu schweigen. Wir dürfen nur dies als Gewinn seiner Entwicklung buchen, daß jene Bereiche als heftiges Bedürfnis wenigstens fühlbar wurden, und hoffen, daß dies Gefühl des Mangels die Gegenstände allmählich heranziehe, die es befriedigen können.

Hieraus darf man schließen, der Untergang der Moralität in der Erkrankung sei nach deren Überstehen doch nicht ohne Folgen geblieben. Woher stammt das neue Defizit, die offenbare „Leere" und die intensive Abschwenkung zu den neuen Themata, deren frühkindliche Genese sich nun ebenfalls ins Bewußtsein heraufdrängt? Die im Untergang der Moralität geschaffene Lage war zweischneidig. Sie schuf eine Wirklichkeit, gewiß. Und der Kranke entdeckte nicht nur die Halsentzündung; das Ereignis breitete sich aus, er entdeckte seinen ganzen Leib so beglückend, daß er sich später danach zurücksehnte; die Last des neurotischen Symptoms blieb auch später fast ganz von ihm genommen. Aber die andere Seite war doch, daß mit dem Untergang des Moralischen die Entstehung eines objektiv-verstandesmäßigen Verhaltens z u r Krankheit als einem unpersönlichen „E s" kam. Dies Intellektuelle war aber offenbar nicht imstande zu ersetzen, was mit der Moralität verloren war, nämlich den Antrieb zur Aktivität. A. bietet, nachdem er kein Symptom produziert, das Bild eines Unproduktiven. Seine Objektivität kann ihm die mit ihrer Einsetzung aufgegebene Moralität nicht ersetzen, solange nichts realisiert wird, solange nichts geschieht.

Wir erfahren sehr deutlich von ihm, woran dies liegt. Diese objektive Haltung kann er nicht praktisch ausüben, weil die „feminine" Gefühlsart ihn verwundbar gemacht hat. In Wahrheit ist dies aber ein Rest aus der frühen Kindheit, in der die richtige Vermittlung durch die Mutter gefehlt hat und so die Anpassung an die Umwelt mißglückt ist. So ist die objektive Realität des Verstandes in Beruf und Sachlichkeit eine große Gefahr geblieben, die nicht ein für allemal gebannt werden konnte, sondern in jedem Augenblick neu bekämpft werden muß. Auch in der Hingabe an das Weib würde diese Gefahr zu groß und ihre wirkliche Beseitigung durch einen Racheakt würde Mord (oder wenigstens Kastration) bedeuten. A. erkennt, daß mit diesen letzten Realisierungen das „Irrealwerden von allem übrigen" verbunden wäre: die sachliche Realität der normalen Umwelt und die Realität dieser Rache stehen sich hier etwa gegenüber wie in dem „Ich-oder-Du" eines Raubmörders — einer muß fallen. Wie sehr diese Alternative aber im persönlichen Bereich wurzelt und nicht im Sachlichen, beweist das dunkle Wort: „ich darf ihm etwas nicht tun, weil ich ihm etwas nicht gebe". Es ist gleichsam aus einem Wurzelreiche gesprochen, in dem auch die anderen moralischen oder logischen Paradoxe entstehen; wie etwa: „ich würde das erleiden, was ich ihm tue", oder die Idee, sein Vater leide für ihn sein Leiden und die Selbstbestrafungen in der Neurose, sowie endlich die Darstellung seiner Sachlichkeit mit dem Ausdrucksmittel des Komischen. Die moralischen Paradoxe wie die ironischen Darstellungen sind wiederum gleichsam flankiert von solchen logischer Art: wir erinnern uns seiner bald zeitlich, bald räumlich ausgedrückten Trennungserlebnisse vom Objekt sowie seiner Klage über die Spaltung in den handelnden und den kritischen Teil seiner Person, womit er sich uns in der Lage Hamlets vorstellt.

Es wäre schwer zu entscheiden, ob diese Entwicklungen anders verlaufen wären, wenn nach der Angina die analytische Behandlung nicht fortgesetzt und das Ereignis der Angina nicht selbst zu einem Gegenstand der Analyse gemacht worden wäre. Solche Fragen nach einem „Wenn" sind, wie in der Geschichtsforschung, ebenso unvermeidlich wie, streng genommen, unlösbar. Vor einer Überschätzung der Angina selbst warnen, hieße auch die Bedeutung ihrer „Analyse" einschränken. Man kann auch sagen, sie sei gar nicht eigentlich analysierbar und träfe auch damit wohl etwas Richtiges. Nur eines bleibt unleugbar: das Urteil, sie sei ein Ich-fremdes, mit der Neurose und dem Psychischen gänzlich unverbundenes Geschehen, — kurz, eben eine Erkältung — dies Urteil hat A. schon von sich aus alsbald preisgegeben. Das, was man seine „Es-Stellung" zur Krankheit nennen darf, hat sich bei der Angina als

nicht viel widerstandskräftiger gegen analytische Kritik erwiesen als beim neurotischen Symptom. Wie die Sünden- und Straftheorien, wie auch die neurologische Theorie beim Symptom der Miktionshemmung zugrunde gingen, so auch bei der Angina die Erkältungstheorie in ihrer Ausschließlichkeit. Die Grenze, bis zu der die „Es-Stellung" von seinem Ich eingenommen wird, ist nur für ihn verbindlich; und sie ist überdies auch für ihn verschieblich.

Ist aber diese Grenze verschieblich und somit wohl selbst eine Funktion, so gewinnt der Vorgang der Es-Bildung nun überhaupt ein immer größeres Interesse. Ist sie an einen Untergang der Moralität geknüpft, so hat die Es-Bildung ja auch eine ältere Ahnenreihe, als es zuerst schien: denn die Moralität, wir können es nicht widerlegen, stammt genetisch aus dem Liebesverlust der Frühzeit. Der aber ist auch durch die Materialisierung im Organ, durch die Logisierung im Intellekt, mit einem Worte: durch die Es-Bildung nicht wieder einzuholen.

Machen wir darum auch keinerlei Versuch, diese Tragik zu beschönigen, so muß doch in der „Es-Bildung" selbst nicht nur ein Unwert liegen. Sie wäre zwar durch einen Liebesverlust erkauft, brauchte aber darum noch keinen Liebesuntergang zu bedeuten. Denn diese Es-Bildung enthielt auch einen Realitätsgewinn und brachte den Vollzug einer intellektuellen Leistung, die den Erwerb eines wertvollen Vermögens bedeuten kann. Verweilen wir darum bei diesem Punkte noch etwas. Es drängt sich uns in dieser genetischen Betrachtung überhaupt auf, daß hier zwei Dinge miteinander verknüpft sind, welche wir in den Wissenschaften mit den Jahrhunderten immer energischer zu trennen gelehrt worden sind: den materiellen Vorgang, also das Naturgeschehen als solches, und die Intellektualfunktionen, wodurch wir es erfassen, die Kategorien. Wir haben aus der Entwicklung und der organischen Erkrankung unseres Falles abgelesen, daß bei ihm beides, der lokale entzündliche Prozeß und die intellektuelle Leistung seiner Objektivierung nicht zufällig, aber auch nicht selbstverständlich zusammengehören, sondern daß eine dynamische Notwendigkeit sie verknüpft. Eben für dieses Doppelgeschehen ergab sich dann die übergreifende Bezeichnung der „Es-Bildung".

Man kann einwerfen, hier von einer Notwendigkeit zu sprechen, greife dem, was wirklich erwiesen ist, zumindest ein großes Stück vor. Zwar sei die Dialektik des „Ist" und des „Soll", wie sie (S. 98/99) vorgeführt wurde, unwiderleglich, aber sie sei abstrakt; ist sie denn mit dem klinischen Vorgang wirklich identisch? Wir werden zugeben, daß hierfür eine so kleine Kasuistik eine gar schmale Basis ist, aber auch betonen, daß gerade im geschilderten Falle ein

reicher und einheitlicher Stoff für die Genese der kategorialen Leistungen in der Es-Bildung zutage tritt. Verzichten wir also gerne auf eine Verkündung allgemeingültiger Gesetze und fordern wir nur Anerkennung für den Zusammenhang zwischen Krankheit und der neuen Sachlichkeitsproblematik im Falle der Erkrankung unseres Patienten. Bei solcher Beschränkung muß man sich dann gewiß mit dem allgemeinsten Ordnungs-, ja Einteilungsversuch begnügen; für eine systematische Genese der Kategorien kann das nicht auslangen.

Wir wissen, daß die Neurose klinisch manifest wurde, als die Störung der Harnentleerung auftrat, und haben dann erfahren, daß diese Symptomwahl eine Anknüpfung an den frühkindlichen Eingriff der Erziehung in die bis dahin „automatische" Funktion der Blasenentleerungen enthält. Daß die Symptombildung nicht an die scheinbar gleichberechtigte Defäkation anknüpft, mochte durch die Identität des Miktionsorganes mit dem der Ejakulation bedingt sein. Jedenfalls: in der ersten Erziehung wurde das Betteinnässen bestraft; später war die Masturbation das Bestrafte. Die Unterdrückung der Miktion konnte dann sehr leicht für die Unterdrückung der Masturbation wieder eingesetzt werden. Wir haben (S. 37) zu zeigen versucht, daß gerade die Interferenz zweier immerhin ähnlicher, aber einander ausschließender Funktionsabläufe (Miktion und Ejakulation) eine solche Störung auch im neurologischen Schema sehr viel verständlicher macht, als ein sogenannter psychischer Einfluß. Aber eine Wegbereitung war für solche Inkoordination der Blasenmuskulatur doch schon damit geschaffen, daß die Harnentleerung dem Schlummer der sogenannten Automatie durch die Reinlichkeitserziehung entrissen worden war. Der erste Fall der „Miktionsstörung" dürfte diese wohl von der Mutter durchgesetzte Umordnung des Funktionsrhythmus der Blase gewesen sein. Der Konflikt mit ihr mag als ein frühester Liebesverlust gelten, der aber durch ihren vorzeitigen Tod die schrecklichste Erweiterung erfuhr. — Der Rhythmus der sogenannten Automatie und der in der Gewöhnung an Nachtgeschirr usw. gültige Ablauf sind ebenfalls, neurologisch betrachtet, nicht vereinbar gewesen; mit der Gewöhnung muß ein neuer „Reflexweg", eine neue „Reflexkette" gestiftet worden sein. Über eine Affektkrise muß also auch damals ein Funktionswandel entstanden sein, und so ist auch dortmals so etwas wie eine Es-Bildung erfolgt: gleichzeitig entsteht ein bestimmtes Organgeschehen und eine bestimmte Art von kategorialer Leistung, nämlich die Beachtung der spezifischen Objekte, wie Nachtgeschirr usw., sowie eines Gebotes. Es ist natürlich müßig, über die Bewußtseinsrepräsentanz dieser kategorialen Leistungen in jener fernen Frühzeit Näheres aussagen zu wollen.

Wenn also an früherer Stelle abgelehnt wurde, so etwas wie den neurolo-

gischen Antagonismus zweier Innervationen mit dem Widerstreit der leidenschaftlichen Gefühle einfach in Analogie zu setzen, so bleibt es auch hier dabei, daß wir das eine nicht einfach durch das andere erklären dürfen. Dagegen zeigt unsere gegenwärtige Darlegung etwas ganz anderes: der leidenschaftliche Erziehungskonflikt und die Wandlung der Funktionen sowie ihrer reflektorischen und rhythmischen Abläufe stehen in Beziehung. Es ist nicht ein Parallelismus des physischen und des psychischen Gegensatzpaares vorhanden, sondern es ist ein Funktionswandel auf dem Weg über eine Affektkrise das, was wir wirklich beobachten können; wir fügen nun als neues hinzu: mit der Affektkrise entsteht auch eine neue kategoriale Leistung. Erinnern wir uns sogleich, daß ein derartiger Zusammenhang vom Kranken selbst als eine Art von Kreisbewegung skizziert wurde (S. 32). Die Vorwürfe des Ideal-Ich wollen vorn in ihn hinein, das damit entstehende spannende Gefühl geht zur Blase und mit dem Urin zurück zu den „Vorwürfen". Machen wir uns sein Bild zunutze, indem wir sagen: die Abhängigkeit der Blasenfunktion von der anerzogenen Ordnung ist nur als eine Kreisbewegung darstellbar, in der abwechselnd das Ich und seine Umwelt, das Organ und das Gebot durchlaufen werden. Wenn dieser Kreis also so heterogene Stücke enthält, so ist er jedenfalls kein einfach mathematischer Kreis; es ist auf ein dynamisches Bild im Sinne der Physik hier vorerst nicht zu hoffen. Aber andrerseits ist zu hoffen, daß, wenn wir die Zusammenhänge überhaupt darstellen können, das richtige Mittel im Begriffe der Kreisbewegung und nicht des Parallelismus oder der Kausalität gefunden ist.

Die wichtigste Erscheinung, die wir nun nach der Angina festzustellen hatten, war, daß A., wiewohl im Besitze der Intellektualfunktionen, doch außerstande ist, sie auf die Gegenstände seiner Umwelt in harmonischer und förderlicher Weise anzuwenden. Ihm fehlt die Fähigkeit zur Sachlichkeit, die Gegenstände sind Gefahren für ihn. Er führt das auf den Verlust der Mutter zurück, die die Vermittlung hätte geben können. Wir wissen, daß der Verlust der Mutter auch die Vermittlung zum anderen Menschen vereitelte, daß es gerade der andere Mensch wieder ist, der die Zuwendung zur Sache stört. Nachdem wir aber verstanden haben, daß die kategoriale Leistung an einen bestimmten somatischen Vorgang geknüpft ist, bietet sich eine Lösung dieses Rätsels an. Der Liebesverlust wird ja hier zum Realitätsverlust. Es ist nicht so, daß mit dem Verlust der Mutetr (der hier sogar ein physischer war) Liebesfähigkeit frei wurde für andere Gegenstände (zu deren Besetzung), sondern gerade umgekehrt ist die Einschränkung der Liebesbeziehung mit der Einschränkung

der Beziehung auch zu den toten Dingen verbunden. Dies kann nur so begriffen werden, daß hier nicht eine Dynamik des Ausgleiches, sondern eine Dynamik der Verwandlung, das heißt der Wiederherstellung des Gleichen auf verschiedener Ebene zugrunde liegt. Wollen wir diese metapsychophysischen Worte in die aus der Klinik unseres Falles vertrauten übersetzen, so muß das lauten: der Kranke bekam Funktions s t ö r u n g e n, weil er bestimmte neue Funktionen nicht erwarb — nicht weil die alten „gehemmt" wurden. Diese Störungen wären also nicht nur genetisch zu verstehen, aus Konstitution und Trauma, sondern auch dynamisch, aus einem g e g e n w ä r t i g e n M a n g e l. Er wurde nicht unfähig zur sinnlichen Anziehung zum Weibe, weil er statt dessen für Objekte intellektualisiert war, sondern er war von beiderlei Hinwendung abgehalten, weil er von der zur Mutter noch abgehalten war. Denn in den neuen Zuwendungen wird die ursprüngliche alte realisiert, also wiederhergestellt. Wir können aus den Äußerungen der Krankengeschichte nichts anderes ablesen als dies: die Mutter müßte die Sachlichkeit vermitteln — sonst würde der abstrakte „Andere" die Sachlichkeit ebenso stören, wie er die Miktion stört. Sie müßte aber auch das Weib vermitteln.[31a] Denn: die Neurose darf er nicht auf dem Wege rein geistiger Sublimierung beiseitestellen, etwa durch Philosophie; dazu wäre er „nur durch ein volles Menschsein legitimiert".[32] Und endlich: von ihr her müßte auch die Funktionsstörung heilbar sein.[33] Von dieser wäre er ja geheilt, „wenn der Vater in eine weibliche und die Mutter in eine männliche Bettschüssel urinieren würden", was soviel heißt, wenn die Widersprüche im Reigen der Geschlechter und der Generation aufgelöst würden. Mit dem Einfall der „Bettschüssel" ist der phantastische Rückgriff auf die „erste Störung" in der ersten „Erziehung" offenbar, schließt sich der Ablauf der Ereignisse zum Kreis e i n e r Dynamik. Diese Phantasie verknüpft das Motiv der sexuellen Spannung mit dem der Erziehung in e i n e m Bilde. Es ist ein Gegenstück zu den Phantasien der Selbstbegattung. Sowohl in der Bettschüsselphantasie wie in der Selbstbegattungsphantasie (vgl. Kuppelmotiv) ist die natürliche Form sexueller Vereinigung abgelenkt, gleichsam unterbrochen; man kann sagen, das Gestörtsein der natürlichen Vereinigung wird dargestellt durch das Bild einer unnatürlichen Vereinigung, die schon keine mehr ist, obwohl sich der Ursprung des Bildes noch leicht erraten läßt. Auch diese Bilder haben also Darstellungswert für eine Realität. In der Selbstbegattungsphantasie stellt sich, so darf man versuchen zu denken, das Nachschwingen der eigenen

31a) Vgl. S. 23.
32) Vgl. S. 80.
33) Vgl. S. 32.

Entstehung aus Same und Ei dar; diese elterlichen Komponenten erhalten sich ein Stück Selbständigkeit in der eigenen Bisexualität. Die Bisexualität aber begründet den Narzißmus, und der wird zum Widerstand gegen die Hingabe an das Weib; die Mutter im Manne steht seinem Weibe ebenso im Wege, wie sie allein es „vermitteln" kann, wie A. sich ausdrückt. In der Bettschüsselphantasie geht die Darstellung der elterlichen Komponenten im Kampfe gegen den Untergang durch völlige Verschmelzung zu einem neuen Wesen noch einen Schritt weiter. Die Degradierung des Partners zur „Bettschüssel" zeigt diesen Versuch zur Selbstbehauptung fast mit grimmigem Hohn und, in der spiegelbildlichen Darstellung b e i d e r Geschlechter, zugleich mit völliger paritätischer Resignation. Aus dieser Phantasie tönt dasselbe „aussichtslos", das wir aus dem Verzicht auf Muttervereinigung im Falle einer Patientin (S. 91) gehört haben. Daß geschlechtliche Einigung, wenn vollkommen, den Untergang, daß dagegen jedes Fortleben Unvollkommenheit der Einigung bedeutet, ist der abstrakte Inhalt der sprechenden Bilder. Diesen Zirkel drücken sie als Antinomien aus und sie werden erst ins Nichts verschwinden, wenn der Untergang in neuer Zeugung anheben wird.

Daß nun die Vereinigung der Geschlechtszellen sich so vollzieht, daß ein Teil der elterlichen Strukturen sich getrennt erhält, während ein anderer seine Selbständigkeit aufgibt, ist auch die Aussage der neueren Physiologie der Befruchtung und Vererbung.[34] Wir möchten die Hoffnung nicht aufgeben, daß auch von dieser Seite der Therapie einmal die Wissenschaft zu Hilfe komme. Die Erwartung aber, daß in den Phantasien unseres Kranken immer ein Stück Darstellung von etwas enthalten sei, zu dem wir auch auf den Wegen der sogenannten objektiven Wahrnehmung oder Wissenschaft Zugang haben können, ist nicht ganz getäuscht worden. Wir möchten den Nachweis aber nicht soweit treiben, als er verlockend ist. Nur hinsichtlich des oft wiederkehrenden Prinzips der Kreisbewegung sei noch eine Bemerkung an den Schluß gesetzt. Wir haben in den Selbstbegattungs- und Bettschüsselphantasien denselben Charakter des Ausgleichversuches widersprechender Tendenzen wiedererkannt, der uns früher schon ausführlich beschäftigt hatte. Die ruhelos und fortschrittlos in sich selbst zurücklaufende Bewegung im Kreise ist wie in der mathematischen, so hier in der psychophysischen Analyse zu verstehen gewesen als Resultante im stationären Gleichgewichte widersprechender Kräfte. Wir haben das „neurotische" und dann allgemeiner das „krankhafte" Phänomen mit diesen dynamischen Annahmen bis zu einem gewissen Grade verstehen gelernt. Es bedeutet aber, nachdem wir nicht nur ein psychoneurotisches,

34) Vgl. R. Goldschmidt, Die sexuellen Zwischenstufen. Berlin 1931.

sondern auch ein organisches Ereignis in der Krankengeschichte kennengelernt haben, eine weitere Klarstellung, daß dieses Bild des mathematischen Kreises untauglich ist, m e h r als das Krankhafte, etwa darüber hinaus das Biologische allgemein zu verstehen. Haben wir doch erkannt, daß mit der Angina eine Wendung der Krankengeschichte eintritt, die aus der Dimension des neurotischen Kreises heraustritt und gleichsam senkrecht zu seiner Ebene fortschreitet. Nicht als ob damit der neurotische Kreis in den narzißtischen Abläufen völlig zerstört wäre. Aber was wir W a n d l u n g nannten, nämlich die Wiederherstellung derselben Form in einer neuen Realität, bedeutet doch eine Kreisbewegung in anderer Dimension und in mathematisch unvollziehbarem Begriff. Es ist auch hier eine Rückkehr zum Ausgang vorhanden — daher die Metapher des Kreishaften — aber es handelt sich um eine Rückkehr in historischem Sinne. Dieser Kreis ist also ein Zeitkreis und er bezeichnet die Grenze, über die unsere Untersuchung nicht treten darf. Im Gegensatz zum narzißtischen Kreis können wir den Zeitkreis als G e s t a l t k r e i s bezeichnen.[35]

Hier mag denn auch die eigentümliche Gebrochenheit wurzeln, welcher der Kranke in seiner „Quadratskizze" Ausdruck geben konnte, die doch Heilung und Rückkehr zu einem älteren Zustand in e i n e m Bilde darstellt. Man ist versucht, es als „eckigen Kreis" aufzufassen; in der Idee des Quadrats mag eine innere Geschlossenheit mit einer Sprunghaftigkeit der Richtungsänderungen verbunden sein, wie sie überall unvermeidlich sein wird, wo wir aus der Gleichzeitigkeit des Räumlichen in die Ungleichzeitigkeit des Historischen ausbrechen. Daß die Angina dabei die wichtige Eckstellung in der Therapie am Übergang zur Eroberung verlorener Realität einnimmt, ist nicht eine Erfindung unserer Deutung, sondern ein Faktum der Krankengeschichte: die Angina ist wenige Tage nach der Entstehung dieser Selbstdarstellung und vor dem mühsamen Aufstieg von T aus nach oben zu Beruf und Sachlichkeit klinisch manifest geworden.

12. Einige Fälle in Situationen der Umwelt.

Dabei wird man den Eindruck schwer los, die Rolle dieser kleinen Krankheit sei denn doch nicht genug bewiesen und vom Arzte höher eingeschätzt als vom Kranken, dessen Selbstwahrnehmung hier auch später nicht genug Bestätigung enthält. Aber man wird sich hier auf die merkwürdige Verschiedenheit besinnen müssen, mit der wir auch sonst unsere wissenschaftlichen Urteile unseren Erfahrungen entnehmen. Beobachten wir ein Barometer, einen Stern,

35) Vgl. Anmerkung S. 16.

so verlassen wir uns ganz und gar auf das äußere Zeugnis der Sinne; erklären wir eine chemische Reaktion, ein mechanisches Gleichgewicht, so vertrauen wir völlig den inneren Forderungen logischen Beweises. Der äußere Augenschein und die innere Notwendigkeit sind uns, je an ihrer Stelle, von gleichem Gewicht; wann wir das eine, wann das andere vorziehen, ist eine Frage schwer zu übersehender Zusammenhänge, die dann im Großen und im Ganzen betrachtet werden müssen. Die Wiederholbarkeit, die Statistik spielen eine wichtige vermittelnde Rolle. — Auf unsere Frage angewandt heißt das, ein Bedürfnis nach schlagenderen Beweisen für die lebensgeschichtliche und auch die psychologische Wichtigkeit einer so banalen Krankheit wie der Angina bestehe fort. Denn die unseres Patienten A. sei doch allzu subtil und konstruiert, und unter den drei weiteren bisher eingestreuten Fällen[36] stehe doch nur einer, der Entlobungsfall, an einem so sichtbar dramatischen Wendepunkt, daß man nicht gerne einen Zufall annehme; aber auch Entlobungen und Anginen seien jedes für sich so häufige Ereignisse, daß man ihr gelegentliches zufälliges Zusammentreffen statistisch erwarten dürfe. So ungeeignet nun die statistische Methode für solche Aufgaben der Pathologie ist, so interessiert uns doch an diesen Zweifeln ein Punkt wohl mit Recht: ob eine äußerlich unverkennbare Dramatik „um eine Angina herum" auch bei nicht als Neurose erkannten und studierten Fällen öfter vorkomme und ferner, warum sie bei dem einen Falle so stark hervortritt, bei dem andern aber so wenig. Darum sollen hier noch einige Beobachtungen angeschlossen sein, welche bei der kasuistischen Häufigkeit dieser Dinge leicht zu sammeln waren und welche die biographische Krise im äußeren Geschehen zeigen. Denn der Betrag, in dem die Umwelt am Krankheitsereignis teilnimmt, kann, so werden wir sehen, höchst bedeutend werden. Beginnen wir dann einmal darauf zu achten, ob diese Einbeziehung der Umwelt mit den inneren Vorgängen in einem wesenhaften und notwendigen, gleichsam spiegelbildlichen Zusammenhang stehe, so werden wir den Wortlaut dieser Skizzen besser verstehen lernen.

Hören wir also zunächst diesen Wortlaut einer Reihe von Erzählungen, in denen eine Angina eine wichtige Rolle spielt, an:

I.

Ein junges Mädchen wird mit starker Angina, unfähig auch nur zu sprechen, in die Klinik eingeliefert. Ein junger Arzt äußert nach der Untersuchung: „na, da haben Sie sich ja was Schönes geholt", worauf sie spricht und sagt: „das ist immer noch besser, als ein Kind kriegen". Später stellt sich heraus,

36) Vgl. S. 60 und 90—92.

daß sie am Vortage dem Drängen eines Verehrers, welches solche Folgen hätte haben können, widerstanden hat.

II.

Ein älteres Mädchen heiratet einen in Jahren gleichfalls schon vorgerückteren Bahnbeamten, der aber doch ein volles Eheglück von dieser Verbindung erhofft. Aber er wird in eine entfernte Stadt versetzt und nun kann sie sich nicht entschließen, ihre Mutter zu verlassen und ihm dorthin zu folgen. Endlich, nach langem Hin- und Herverhandeln geht sie doch zu ihm. Am Tage ihrer Ankunft bekommt er eine schwere Angina mit Komplikationen, und nach langem Krankenlager ist er dienstunfähig und wird pensioniert. Er folgt jetzt seiner Frau wieder zu deren Mutter, und nun leben alle am selben Orte vereint.

III.

Ein junges Mädchen kann sich zehn Jahre lang nicht entschließen, ihrem standhaften Bewerber das Ja zu geben. Schließlich geht sie doch auf ein Wiedersehen ein; die Verlobung findet statt und die Aussteuer wird besorgt. Aber immer wiederholte Anginen lassen den Entschluß reifen, die Gaumenmandeln vor der Hochzeit operativ zu entfernen. Die Operation findet statt, der Chirurg verletzt die Art. pharyngea ascendens und das Mädchen verblutet auf dem Operationstisch.

IV.

Ein nicht mehr junger Mann, der mehrere Neurosen gehabt hat, vermutet, daß seine in einer entfernten Stadt wohnende Braut sich mit einem anderen Manne einlasse und kündigt ihr brieflich die Beziehung, aber, wie er sich sagt, nur, „um sie auf die Probe zu stellen". Von der Braut kommt aber die Beteuerung, es handle sich lediglich um Nachstellungen, denen sie wider Willen ausgesetzt sei. Als der verdächtige Nebenbuhler verreist, versöhnen sich die Verlobten, aber als er wiederkommt, beginnt dasselbe Spiel, und diesmal nimmt die Braut die erneute Kündigung an und ergibt sich dem neuen Liebhaber. In diesem Augenblick bekommt unser Verlobter eine Angina, der eine leichte Nephritis folgt. — Jetzt ist er wieder genesen und recht froh, daß er von dem Mädchen, dessen Wert er nun nicht sehr hoch einschätzt, befreit ist.

V.

Ein 30jähriger Mann verliebt sich in ein Mädchen, das die Bedingungen zu erfüllen scheint, welche einer dauernden Verbindung günstig sein würden. Doch entdeckt er bei steigender Leidenschaft, daß doch die äußeren Voraussetzungen

zweifelhaft und eine Bindung schwierig wären. Während er sich in Gründe und Gegengründe verbeißt, erkrankt sie, die sein Gefühl erwidert, mit Fieber (Grippe?) und ruft ihn, der Arzt ist, an ihr Krankenlager. Als er sie untersucht, empfindet er plötzlich eine Abneigung gegen ihren Körper, die sofort die Erkenntnis auslöst, damit sei es entschieden, daß nichts werde. Nun erkrankt er an Angina diphtherica, in deren Rekonvaleszenz beim ersten warmen Bad eine allgemeine Urticaria von wenigen Minuten Dauer und ferner eine monatelange Irregularitas cordis sowie psychische Depressionen auftreten. Dann ist er froh, einen Irrtum überwunden zu haben.

VI.

Einem jung verheirateten Mann schenkt seine Frau das erste Kind, einen Sohn. Er ist sehr bewegt, er hat ein Kind gar sehr gewünscht; vielleicht war es ihm aber mit dem Eintritt der Geburt doch nicht so eilig gewesen, und er war in deren Vorbereitung recht lässig. Tatsächlich wurde das Kind drei Wochen zu früh geboren und übrigens am Tage nach einer Szene, in der er sich aufgeregt und in Gegenwart seiner Frau deren Sache nicht geschickt und kraftvoll geführt hatte. Einen Tag nach der Geburt wird er von heftiger Angina befallen. Aber er hat einen Grund, diese doch zu begrüßen, denn sie gibt ihm den triftigen Vorwand, eine weite Reise aufzugeben; sie hätte ihn zu einer Veranstaltung führen sollen, der er nicht gewogen war und auf der er ohne Begeisterung hätte öffentlich hervortreten müssen.

VII.

Eine Kranke, Mitte der 40er, steht wegen sehr schwerer, von den Psychiatern teils als degenerative Hysterie, teils als Schizophrenie bezeichneter Neurose in Behandlung eines Arztes, an den sie intensiv gebunden ist. Sie hat mehrere, darunter ernste Selbstmordversuche hinter sich. Sie teilt ihm auch jetzt ihre Neigung mit, sich von der Hotelterrasse herabzustürzen, auf welche ihr Zimmer mündet, und setzt ihn nach Art solcher Kranker in den Zwang, ihr einen ungebührlichen Teil seiner Arbeitszeit zuzuwenden. Im Kampf um den Verzicht auf diese Taktik erkrankt sie plötzlich hochfiebernd an schwerer Angina, in der sie ruhig, stoisch und wie beglückt erscheint. In diesen Tagen findet das Wort „Verzicht" Eingang in ihr Gemüt und sie verspricht, dem Freitod für immer zu entsagen. Sie hat dann durch mehrere Jahre trotz Fortdauer der schweren Depression mit zahlreichen Funktionsstörungen die Zusage gehalten. Als zuletzt eine Cystitis mit Sepsis sich entwickelt, verschwindet das Bild der Psychoneurose; sie ist wie gesund, wandelt ihre Übertragungsbindung

an den Arzt in das Verhältnis freier, freundschaftlicher Beziehung, ohne noch Behandlung zu fordern, und erwartet mit Gewißheit den Tod, der nach zwei Monaten eintritt.

VIII.

Ein außerordentlich schüchternes und verschlossenes Mädchen willigt trotz innerem Widerstreben und überzeugt, ihren Mann nie lieben zu können, in die Ehe. Als das Paar nach der Trauung im Hotel abgestiegen war, erlebte sie sein kränkendes Benehmen. Sie war wie vor den Kopf geschlagen; „dieser Moment gab eine gewaltige Wendung in meinem Innern", sagte sie. Am nächsten Tag hatte sie eine heftige Angina, und die Hochzeitsreise mußte abgebrochen werden. Die Ehe dauerte kurz, wurde geschieden und sie ist glücklich, von dem minderwertigen und beschränkten Manne befreit zu sein, aber sie beklagt es, nun ohne Aufgabe zu leben und leidet an einer ausgebildeten Neurose mit mehreren Symptomen. Immer war ihr Wunsch ja gewesen, einmal zu heiraten und selbständig zu sein, aber als geschiedene Frau meint sie alle Hoffnung aufgeben zu müssen.

IX.

Ein etwa 30jähriges ovariektomiertes Mädchen macht bei der Reise zur Hochzeit ihrer jüngeren Schwester beim Besteigen des Eisenbahnwagens einen Fehltritt, verletzt sich nur leicht den einen Fuß und bekommt anschließend eine hysterische Beinlähmung. Diese wird lange Zeit mit Gipsschienen und dergleichen behandelt, dann aber, nach 1½jähriger Dauer, durch eine bewußtmachende Psychotherapie beseitigt. Dabei zeigt sich: sie selbst hatte den Bräutigam ihrer Schwester geliebt. Sie verläßt geheilt die Klinik, begegnet gleich darauf in einer ferneren Stadt einem Mann, den sie auf den ersten Blick liebt. Sie findet am gleichen Abend Gelegenheit, mit ihm zu tanzen, aber jetzt erst fällt ihr wieder ein, daß sie ja fortpflanzungsunfähig ist und jedem Mann, der sich ihr nähert, sagen müßte, daß sie nie Kinder bekommen kann. Sie verdüstert sich, und die Absicht, ihn näher kennenzulernen, wird in der Folge überdies vereitelt, denn sie bekommt am nächsten Tag eine Angina. Jetzt ist sie wieder im Gleichgewicht und rechnet nicht mehr mit einer späteren Verbindung.

Viele Laien und manche Ärzte haben bemerkt, daß die Angina tonsillaris die Tücke hat, sich gerne bei Personen einzustellen, welche sich gerade vor einem wichtigen Ereignis oder in einer kritischen Lage befinden. Eine solche

Sammlung von „kurzen Fällen" bringt ihnen nichts Neues und sie könnten sie beliebig erweitern. Wir sind uns mit ihnen klar, daß solche Vorkommnisse das volle Gewicht einer äußeren Wahrnehmung haben, wie sie auch die Sinne bieten können; doch mangelt ihnen die innere Logik einer Analyse. Bis zu dieser wäre noch ein weiter Weg. Wie in dem oben berichteten, so ist in der Mehrzahl dieser neuen Fälle eine zweite oder auch dritte Person so gewaltig mitbeteiligt, daß diesen und auch ferneren Beobachtern das dramatische Moment, welches die Angina beisteuert, gar nicht entgehen kann. Je nach der Rolle, welche die Personen im Drama spielen, pflegen sie auch die der Angina verschieden zu beurteilen. Handelt es sich um öffentliche Persönlichkeiten, dann erscheint auch die wirkliche Krankheit als eine „diplomatische" und die politische Welt pflegt sich zu spalten; die den Vorteil haben, sagen: „reiner Zufall"; die anderen aber: „auch kein Zufall", und gehen soweit, sogar die Realität der Erkrankung zu bezweifeln. Wir merken, auch diese Parteinahmen seien kein Zufall: das Ereignis ist so provokant, daß wir die früher von uns behauptete Ambivalenz in seiner psychophysiologischen Entstehung nun hier in der Ambivalenz der Umgebung wiederfinden müssen. Die starke Einbeziehung zweiter und dritter Personen in den Konflikt ist nun allerdings in ungleichem Maße vorhanden. Sie kann bis zur Fremdheit und Beziehungslosigkeit schwinden. Noch mehr: es läßt sich aus den Fällen eine Reihe bilden, welche von den Kranken, welchen selbst so etwas wie eine Psychogenie sehr bewußt ist, bis zu denen reicht, welche sie affektbetont ablehnen oder, weitergehend, einfach verneinen. Wir haben aber noch nicht die klinischen Unterlagen, aus denen wir die Ursachen erkennen, warum der Konflikt bald im Individuum erledigt, bald zu großen Beträgen überdies z w i s c h e n den Individuen ausgetragen werden muß. Gewiß wird man narzißtische Neurosen mehr für die intrapsychische Erledigung, Übertragungsneurosen mehr für die außendramatische Lösung disponiert vermuten, und einige unserer Fälle bestätigen anscheinend diese Erwartung.

Alle diese Unterschiede können aber als zwingender Beweis gelten, daß mit der banalen Annahme, es gebe so etwas wie eine psychogene Angina, nicht genug gesagt ist und daher nicht viel durch sie verständlicher ist. Sie pflegt auch von dem diesen Dingen Fernerstehenden mit einem gewissen Recht unter Hinweis auf negative Beobachtungen abgelehnt zu werden. Wir können einem solchen auch mit unserem analytisch gut erforschten Fall A. schwerlich beikommen und machen uns daher die Eigenschaft unserer „kurzen Fälle" zunutze: eben n i c h t analysiert zu sein. Wir können die psychologische Selbstwahrnehmung dieser Erkrankten entbehren und der pathogenetische

Gehalt der Skizzen bleibt trotzdem nicht weniger eindrucksvoll: sie haben alle etwas Übereinstimmendes, welches wir fast ganz formal erfassen können, und dieser Formalismus wird hier sogar zum Vorteil. Er lautet: Eine Situation ist gegeben, eine Tendenz kommt auf, eine Spannung steigt an, eine Krise spitzt sich zu, ein Einbruch der Krankheit erfolgt und mit ihr, nach ihr ist die Entscheidung da; eine neue Situation ist geschaffen und kommt zu einer Ruhe; Gewinne und Verluste sind jetzt zu übersehen. Das Ganze ist wie eine historische Einheit. Wendung, kritische Unterbrechung, Wandlung sind hier im dramatischen Ganzen ja noch viel übersichtlicher zu erkennen als in der Verschlungenheit der dynamischen Analyse.

Es hätte nach einem Überblick über unsere kleine Kasuistik nahegelegen, statt solcher formaler Merkmale ein inhaltliches herauszugreifen: das Erotische. Aber ubiquitär und zugleich verdrängbar, wie es ist, kann seine Heranziehung ohne Analyse leicht Verwirrung stiften. Man braucht nur den für die Umwelt völlig unerotischen, ja undramatischen äußeren Verlauf der Angina des Kranken A. zu betrachten und andrerseits zu bedenken, wieviel psychische Erotik gerade in ihm die feinere Analyse aufdeckt, um zu erkennen, wie unstatthaft die „analytische" Betrachtung nichtanalysierter Fälle wäre. So finden sich auch in den Beispielen dieser Studie mehrere, in denen genitale Sexualität nicht sichtbar wird gegenüber anderen, wo nicht zu bezweifeln ist, sie sei ins Spiel gekommen. Wir denken ferner an die Angina der Kinder, die bekannten Epidemien der Krankenhäuser, und finden uns durch dies alles gewarnt, der trivialen Vorstellung nachzugehen, Angina entstehe psychogen aus versagter oder mißhandelter Geschlechtshandlung. So oberflächlich naheliegend nämlich in einigen (I, V, VIII) und anderen mir bekannten Fällen der Gedanke ist, die Angina sei einfach an Stelle geschlechtlicher Erfüllung aufgetreten, so lehrt doch genaueres Studium gerade dieser, die Tonsillitis habe nicht einfach Ersatzbedeutung für den genitalen Vorgang als solchen, weil sie nicht der Versagung, sondern der besonderen Art seiner Versagung ihr Aufkommen verdankt. Und diese besondere Art ist wieder nichts anderes als eine Kränkung der erotischen Beziehung. Korrespondiert aber das Spezifische der Angina der besonderen Tatsache der Kränkung, so haben wir ein Recht verloren, sie dynamisch dem genitalen Vorgang als solchem gleichzusetzen: sie entstammt nicht ihm, sondern dem Moment, welches von ihm abgelenkt hat. Freilich: die Kränkung war erotische Kränkung in diesen Fällen, und sicher haben wir in ihnen auch kein Recht, diese Qualität des Erotischen zu verleugnen. Aber es macht einen Unterschied, ob wir die kränkende Ablenkung von der Erfüllung oder die Energie dieser selbst als Kraftquelle des entzündlichen Prozesses

heranziehen; im ersten Falle müßte uns das Wesen der (in einem weiten Sinne) erotischen Kränkung, im zweiten Falle das des Sexualaktes den Stoff zu tieferem Verständnis der vermuteten Beziehung liefern. Die Angina wäre dann nicht als Ersatz der libidinösen Sexualerfüllung, sondern viel eher als ein Abkömmling der erotischen Gekränktheit zu bezeichnen. Das durch die Jagd, wie die Jäger sagen, vergrämte Wild läuft ja nicht nach einem ungewohnten Waldrevier, weil es gerade dieses sucht, sondern weil es den gewohnten Weideplatz meidet. Die psychophysische Erregung wendet sich nicht an den oralen Pol der Körperachse, weil sie dort dasselbe zu finden vermag wie am genitalen, sondern weil etwas sie vom letzteren abhält. Daß sie aber gerade nach dem oralen Pole strebt, müssen wir hinnehmen; entwicklungsgeschichtlich erscheint es nicht ganz unverständlich. Daß Kiefer-, Zahn- und Nebenhöhleneiterungen in ähnlichen Zusammenhängen häufig sind, ist nicht zu bezweifeln, aber auch die Appendicitis gehört, wie es scheint, zu dieser Gruppe. Indem die Erregung aber dorthin sich wandte, geriet mit ihrem genitalen auch ein erotischer Wert in Verlust;[37] die Entscheidung fiel für diesmal noch gegen die Hingabe und für die Infektionskrankheit. Indem sie so fiel (und im Rahmen dieser Alternative), fiel sie in somatischer Beziehung in einen besonderen Funktionsbereich. Er umfaßt die peripherste Gefäß- und Blutbewegung, die Wanderung beweglicher Zellen, mesenchymale Produktionen und wohl auch den Vorgang der Immunität im engeren Sinne. Es läßt sich damit ein bestimmtes Funktionsniveau bezeichnen, dessen besondere Lage uns doch aufs höchste interessieren muß, wenn wir einmal die Idee des Ausgleichs psychophysischer Konstellationen und ihrer Störungskrisen ins Auge gefaßt haben. Dieser Ausgleich nun, so glauben wir zu erkennen, vollzieht sich hier überhaupt niemals zwischen Psychischem und Physischem, so, als ob wir, kraß gesprochen, für Lust und Leid seelischer Erregung das Bewußtlose des Chemismus eintauschen könnten. Ein Ausgleich ist vielmehr, streng genommen, nur da möglich, wo ein gleichartiges Funktionsniveau Verschiebungen auf gleichartiger Ebene gestattet. Eine Hyperämie wäre also dislozierbar, aber eine Verschiebung psychischer Kränkung auf physiologische Erregungsfelder nicht. Vielmehr ist, wie ich anderenorts ausgeführt habe,[38] vermutlich mit j e d e r „Konversion" ins Somatische eine „Inversion" ins Psychische verbunden, und eben in d i e s e r Koppelung beruht die Möglichkeit einer psychophysisch einheitlichen Betrachtung, welche den Dislokationen ihre einheitliche Ebene oder Sphäre (sei sie entweder die

37) Gemeint kann für jeden Einzelfall nur die Form, der Bereich der „Hingabe" sein, der in der betreffenden Konstellation Thema, Gegenstand der Entscheidung ist.

38) Vgl. „Der Gestaltkreis" l. c.

endopsychische oder die endosomatische) beläßt, ohne doch die strenge Verknüpfung des Psychischen mit dem Somatischen darum preiszugeben. Denn die Krisen sind es, in denen wir in einem Akte die Umstülpungen und Wandlungen wie zu einem Knoten geschürzt zu sehen bekommen, die wir psychisch als Verdrängung, somatisch als neuen Erwerb (und Verlust) bestimmter Reflexketten, Dispositionen, Immunitäten usw. feststellen. Die Krise, wiewohl selbst nicht eigentlich zu beobachten, ist doch der Kreuzungspunkt der alten und der neuen Ordnungen oder Gesetze, nach denen das Geschehen zu erfolgen hat; als solcher ist die Krise das eine Hauptstück für unsere Analyse. Als das andere Hauptstück hat die nicht minder anzuzweifelnde Tatsache zu gelten, daß wir aus der Selbstwahrnehmung doch auch irgend etwas über das Organgeschehen erfahren können. Wer zugibt, daß eine Licht-Empfindung, ein Schmerz auf einen Körpervorgang hinweist, braucht nicht zu zweifeln, daß auf diesem Wege noch mehr zu ermitteln wäre.

So hat auch ein großer Teil unseres Bemühens dem Versuch gegolten zu zeigen, daß Selbstwahrnehmung und Organgeschehen nicht durch eine hoffnungslose Kluft geschieden sind. Die, wie wir meinen, unzutreffende Deutung, daß sich psychischer Aufruhr in Körpergeschehen (das wir uns nicht minder stürmisch denken dürfen) umsetzen könne, wird letzten Endes also nicht nur wirklicher, zeitlicher Nachbarschaft zu verdanken gewesen sein, wie sie die Krise bringt, sondern der Eindruck stammt auch aus einer Formverwandtschaft psychischer und somatischer Figuren. Da aber die dualistische, metaphysische Substantiation von „Psyche" und „Soma" eine derartige Transsubstantiation des einen ins andere eher erschwert als erleichtert (ein historisches Erbteil des rationalen 17. Jahrhunderts), haben wir in unseren heute geltenden Wissenschaftsformen nur eine gar schmale Möglichkeit zu einer rationalen Psychophysik. Es bleibt meist bei klinischer Deskription. Dies ändert sich, wenn Form-, Ordnungs- und Verlaufsschemata gefunden werden können, die nach beiden Seiten anwendbar sind und die den allzu simplen Ansatz, den Fechner erfolglos, wenn auch gewiß nicht ganz umsonst, versuchte, verbreitern.

Wir mußten noch einmal auf diese innerindividuelle Dynamik zurückgreifen, um für das Thema dieses letzten Abschnittes, die Außendramatik des „kleinen Falles", wenn man so sagen darf, den methodischen Ansatz zu gewinnen. Denn ebenso wie uns das psychoanalytische Denken einen zutreffenden Maßstab für die Psychoneurose gab, von dem aus für die psychophysiologische Dynamik ein Darstellungsmittel zu entwickeln ist, ebenso kann diese Dynamik wieder mit der äußeren Situation, worin ein Individuum sich vorfindet, in Relation gebracht werden. Wenn hierbei die Formalien „Situation", „Wider-

spruch", „Wendung", „Krise", „Unterbrechung", „Wandlung", „Ausgleich" bevorzugt und die inhaltlichen Bestimmungen, wie Eros, Kränkung, Entzündung, mehr im Hintergrunde blieben, so soll dies nicht über die entscheidendere Wichtigkeit der letzteren täuschen. Es ist vorerst genug, wenn einem strengeren formalen Zusammenhang zur Anerkennung verholfen werden kann auf einem Gebiet, wo wir uns bisher zumeist mit Zusammenwürfelungen heterogener Faktoren und zufälliger Einflüsse zu begnügen pflegten. Wenn wir einem bakteriellen Keim zutrauen, er vermöge ein so gewaltiges Geschehen wie das der Infektionskrankheit spezifisch zu erwecken, warum sollten wir solch spezifische Bedeutung den moralischen Situationen in der Umwelt weigern, in die wir kaum weniger ahnungslos geworfen sind, als wir es gegenüber jenen kleinen und mächtigen Feinden waren?

Was die innere Wahrnehmung im Falle A. lehrte, das kann die äußere Erfahrung der kleineren Fälle bestätigen: es sei ein Drama im Gange gewesen und in seiner Peripetie habe die organische Symptombildung gestanden. Wenn der äußere Wogengang sich in einer inneren Erregungswelle soll abbilden können, so muß eine wenigstens teilweise Entsprechung von äußerer und innerer Struktur dies gestatten, so wie im Falle des Ohrlabyrinthes, wo die Hauptfiguren der Bewegung im äußeren Raum sich im Organ und Nervensystem wie in einem Mikrokosmos wiederholen können, wobei dann weder die objektive äußere Bewegung vollständig dargestellt wird, noch die Organisation des Sinnesapparats ganz eigenmächtig zu bestimmen hat, welches Bewegungsbild schließlich entstehe; beide haben in unlösbarer Umfassung ihren Anteil am Resultat. Wenn man das dynamische Bild der Außendramatik der kleinen Fälle mit der Innendynamik des Falles A. zusammenhält, so wird man nicht ablehnen wollen, daß das Bild des Körpergleichgewichtes, von dem wir im Eingang dieser Studie ausgingen, auch für andere Bereiche der Pathologie Zutreffendes aussagt. Kann uns zwar die Astrologie von ihren stellaren Einflüssen nicht mehr überzeugen, so sind darum doch die „Konstellationen" der Umwelt nicht die zu vernachlässigenden Größen, zu denen sie die Wissenschaften so oft machen, wenn sie mit dem nur Elementaren beschäftigt sind. Dabei trauen sie aber ihrem eigenen Verstande zu viel, den sinnhaften Ordnungen der Umwelt zu wenig und ganz dasselbe widerfährt ihnen in der mechanistischen Betrachtungsform des organischen Körpers. Auch er hat, dies ist wohl der Kern dieser Beobachtungen und Überlegungen, mehr Sinn und Vernunft, ja Weisheit, als ihm die Naturwissenschaften zuerkennen wollen.

Körperschmerz und Seelenschmerz

Von

Edoardo Weiss

Rom

Meist fehlt uns das Bedürfnis, die gewöhnlichsten Erscheinungen des alltäglichen Seelenlebens zu beobachten und zu erklären, bis uns eine Erfahrung daran mahnt, daß ein in die Tiefe gehendes Verständnis gerade solcher alltäglichen Erscheinungen uns den Schlüssel zum Verständnisse besonderer uns stets rätselhaft gewesener Vorgänge gibt. Zu diesen alltäglichen seelischen Erscheinungen gehören sicher der Körper- und der Seelenschmerz.

Was den Körperschmerz anlangt, könnte man vielleicht glauben, daß es sich nicht um ein psychologisches Problem handle, lehrt uns doch die Anatomie und Physiologie des Nervensystems, daß die Schmerzempfindung eine spezifische Sinnesempfindung ist, welche an eigene Endapparate, an eigene nervöse Leitungsbahnen, an eigene Hirnzentren gebunden ist, so wie die Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks-, Tastempfindung usw. Anderseits zeigt uns jedoch die Pharmakologie des Nervensystems, daß beispielsweise die Opiate nicht nur Körperschmerzen, sondern auch Seelenschmerzen und Unlustgefühle überhaupt lähmen. Wir können uns hier nicht in die Berücksichtigung so mancher äußerst interessanter Erfahrungen einlassen, so z. B. daß die Opiumdosis, die zur Linderung einer Körperschmerzgröße notwendig ist, mit dieser in zahlenmäßiger Proportion steht; ferner daß die seelenberuhigende, euphorische Wirkung meistens bei Leuten fehlt, die, ohne süchtig zu sein, das Opium wegen nicht neurotischer Körperschmerzen nehmen, bei Leuten, die sich vom Opium sofort wieder enthalten können. Zur Bekämpfung nur des nicht neurotisch bedingten Körperschmerzes braucht man in den allermeisten Fällen nicht oder nur langsam mit der Opiumdosis zu steigen. Die Fälle hingegen, wo man mit der Opiumdosis rasch steigen muß, erinnern uns an die Schutzmaßnahmen der Phobiker und Zwangsneurotiker, die ständig von ihnen vermehrt werden müssen und so ihre persönliche Freiheit immer mehr

einschränken. Es handelt sich um sehr merkwürdige Verhältnisse, die ich an dieser Stelle nur andeuten will.

Wir werden dagegen unser Interesse einem anderen Momente zuwenden: Unsere psychoanalytische Erfahrung zeigt uns nämlich, daß sich Körperschmerzen in Seelenschmerzen unbewußterweise umwandeln können, und umgekehrt; das aber beweist schon, daß die rein anatomisch-physiologische Konzeption des Körperschmerzes unvollständig und deshalb unverläßlich ist, und daß wir ein Verständnis dieser Erscheinung noch aus einem anderen Forschungsgebiete holen müssen.

Im Folgenden werde ich über Vorgänge berichten, die mir bedeutungsvoll erscheinen. Ich werde einige Probleme stellen und einige Erklärungsmöglichkeiten vorschlagen; dabei aber nur einen, aber wichtigen Schritt zur Lösung bringen: Vor allem will ich aber das Interesse für die Probleme des Körper- und des Seelenschmerzes wecken.

Lust, Unlust, Freude, Leid, Genuß und Schmerz sind an Energievorgänge, an das Anwachsen, resp. Sinken von Energiepotentialen gebunden und gehören somit in das Gebiet der Metapsychologie. So heißt es beispielsweise in Freuds „Jenseits des Lustprinzips": „Wahrscheinlich ist die spezifische Unlust des körperlichen Schmerzes der Erfolg davon, daß der Reizschutz in beträchtlichem Umfange durchbrochen wurde. Von dieser Stelle der Peripherie strömen dann dem seelischen Zentralapparat kontinuierliche Erregungen zu, wie sie sonst nur aus dem Inneren des Apparates kommen konnten. Und was können wir als die Reaktion des Seelenlebens auf diesen Einbruch erwarten? Von allen Seiten her wird die Besetzungsenergie aufgeboten, um in der Umgebung der Einbruchstelle entsprechend hohe Energiebesetzungen zu schaffen. Es wird eine großartige ‚Gegenbesetzung' hergestellt, so daß eine ausgedehnte Lähmung oder Herabsetzung der sonstigen psychischen Leistung erfolgt. Wir suchen aus solchen Beispielen zu lernen, unsere metapsychologischen Vermutungen an solche Vorbilder anzulehnen. Wir ziehen also aus diesem Verhalten den Schluß, daß ein selbst hochbesetztes System imstande ist, neu hinzukommende strömende Energie aufzunehmen, sie in ruhende Besetzung umzuwandeln, also sie psychisch zu binden . . ."[1]

Aus den bekannten Forschungsergebnissen Federns über das Ichgefühl ergibt sich ein wichtiger Zusatz zur Freudschen Auffassung des Reizschutzes: An diesem konzentriert sich nämlich narzißtische Libido, wodurch eine Ichgrenze hergestellt wird. Es ergibt sich nun die Frage, welche Rolle

1) Ges. Schriften, Bd. VI, Seite 217—218.

der libidobesetzten Ichgrenze beim Zustandekommen des Körperschmerzes zukommt. Der Körperschmerz, ob genau oder nur vage begrenzt und lokalisiert, setzt das Bestehen eines körperlichen Ichgefühls für die schmerzenden Teile voraus; denn die Ichgefühlsbesetzung variiert ständig, wie Federn[2] ausführte.

Zur Beantwortung der oben gestellten Frage, welche Rolle der libidobesetzten Ichgrenze beim Zustandekommen des Körperschmerzes zukommt, werden wir untersuchen, wie man auf körperliche Reizzustände, die beim normalen körperlichen Ichgefühl Schmerzempfindungen verursachen, seelisch reagiert, wenn das Ichgefühl mangelhaft vorhanden ist oder gar nicht besteht, wie es z. B. im Traume vorkommt. Wir fühlen uns im gewöhnlichen Traume „nicht auch körperlich, wir fühlen nicht unseren Körper mit seiner Gestaltheit, wir haben nicht das Körpergefühl mit seinen Ichgrenzen, wie in der Norm des Wachseins. Es besteht aber auch kein Gefühl für den Mangel des Körper-Ichs, das im Wachen bei so minimaler Ichbesetzung eintreten würde . . ."[3]

Auf das Problem von Seelen- und Körperschmerz kam ich zuerst unter dem Eindruck eines Traumes, den mir eine Frau vor einigen Jahren erzählte:

Sie blättert in einem Buche, dessen Seiten klebrig und befleckt sind. Da bemerkt sie sehr gekränkt, daß es Blutflecken sind. Sie wundert sich darüber und kann nicht begreifen, wie denn Blutflecken in das Buch kommen können. Ihre Kränkung darüber wird immer stärker, bis sie mit Schmerzen aufwacht.

Diese rührten in Wirklichkeit von Uteruskontraktionen her, sie hat nämlich während des Schlafes die Menstruation bekommen, die mit einer Verspätung von wenigen Tagen eingetreten ist.

Berücksichtigen wir ganz kurz den Inhalt des Traumes: Die Träumerin hätte sich gewundert, wenn sie schwanger geworden wäre, denn sie hatte stets die notwendigen antikonzeptionellen Maßnahmen getroffen. Der Gedanke: „Ich würde mich wundern, wenn die Menstruation ausbliebe", ist durch das Gegenteil ausgedrückt: „Ich wundere mich, daß das Blut gekommen ist." Wir wissen ferner, daß „beschmutzt" oder „befleckt" sowie „infiziert" sein die Bedeutung hat von „befruchtet" sein. So heißt dieses Traumelement auch: „Ich würde mich wundern, wenn ich befruchtet wäre." Dieser Gedanke drückt also in anderer Form dasselbe aus. Es handelt sich

2) Federn: Variationen des Ichgefühls, Int. Ztschr. f. Psa., XVI, 1930.
3) Federn: Das Ichgefühl im Traume, Int. Ztschr. f. Psa., XVIII, 1932.

aber dabei um Gedanken einer oberen Schichte. In einer tieferen Schichte liegt offenbar auch der Wunsch nach Schwängerung vor, was auch aus der Verspätung der Menstruation zum Ausdruck kommt; so ruft die eingetretene Menstruation in der Träumerin eine unbewußte Kränkung über die nicht stattgefundene Befruchtung hervor. Ferner ist uns das Blättern in einem Buche als Onaniesymbol bekannt; und wir wissen aus zahlreichen Analysen, daß die menstruelle Blutung oft als eine böse Folge der stattgefundenen Onanie aufgefaßt wird, als Zeichen einer eingetretenen Beschädigung oder Erkrankung des Genitales. So wird in diesem Traume sowohl die Onanietendenz erfüllt, als auch die Selbstbestrafungstendenz befriedigt.

Bei genauerer Betrachtung dieses Falles zeigt sich die Sachlage also ziemlich kompliziert: Die schmerzhaften Uteruskontraktionen können vielleicht ein hysterisches Konversionssymptom sein. Tatsächlich sind solche Kontraktionen oft der Ausdruck der Kränkung über Sterilität, oft auch über Weibsein. So würde der im Traume erlebte Seelenkummer ein unentstellter Affekt sein, der sekundär in Uterusschmerz konvertiert wird. Dann dürfen wir im Traumelement, „sie wundert sich über das Blut", nicht bloß eine Umkehrung erblicken, denn die Träumerin wundert sich auch w i r k l i c h über das Blut, d. h. sie will nicht bluten. Der Widerstand gegen das Bluten der Gebärmutter kann wohl der Grund für Gebärmutterkrampf und Uteruskolik sein.

Wie dem auch sei, der Körperschmerz kommt in diesem Traume als solcher nicht vor, sondern an seine Stelle tritt Seelenkummer. Doch wir wollen uns hier nicht weiter für den psychischen Inhalt des Traumes interessieren, vielmehr unsere Aufmerksamkeit auf das metapsychologische Problem lenken, d. h. darauf, daß der organische Reiz, der die latenten Komplexe belebt und dadurch diesen Traum hervorgerufen hat oder von diesen Komplexen verursacht wurde, im Traume statt Körperschmerz seelischen Schmerz entstehen ließ.

Wir bringen die Umwandlung von (primärem oder sekundärem) Körperschmerz in Seelenschmerz damit in Zusammenhang, daß das Körper-Ichgefühl infolge der Zurückziehung der libidinösen Besetzung von der Körper-Ichgrenze im Traume aufgehoben und nur das seelische Ichgefühl bestehen bleibt; es kann daher nur seelischer Schmerz gefühlt werden. Wir schließen weiter, daß wir bei jedem Schmerze dem Vorgange, daß es zum Durchbrechen einer I c h g r e n z e kommt, vielleicht eine ausschlaggebende Bedeutung für das Zustandekommen desselben zuschreiben müssen. Sicher ist aber das Verhalten der Ichgrenze eine wichtige Begleiterscheinung der

Schmerzen, resp. eine wichtige Reaktion auf den Schmerz, die wir untersuchen müssen.

Es erhebt sich nun die Frage: Wie kommt es, daß in manchen Träumen der Körperschmerz oft als solcher erlebt wird? Ist in diesen Fällen das Körper-Ichgefühl erweckt worden oder überhaupt erhalten geblieben? Wir fragen uns dann weiter, ob es vielleicht noch andere Möglichkeiten der psychischen Verarbeitung von Körperschmerz im Traume gibt, außer der erwähnten Umwandlung in Seelenkummer. Freud hat uns gezeigt, daß unangenehme Körpersensationen im Traume dazu dienen können, peinliche seelische Vorgänge zur Darstellung kommen zu lassen. Durch die Analyse zahlreicher konkreter Fälle werden wir aber die Erklärung finden können, wieso sich im Traume ein körperlicher Schmerz als solcher erhalten kann, wo es sich nicht um eine ökonomische Verwertung des Schmerzes dieser Art handelt. Dabei werden wir sicher die Tatsache berücksichtigen müssen, daß genau lokalisierte Körperschmerzen auch bloß geträumt werden können, d. h keinem körperlichen Reizzustande zu entsprechen brauchen und beim Erwachen genau so aufhören wie der Traum überhaupt, in welchem sie als Traumelement vorkommen. Doch darauf werden wir später kommen.

Wenden wir uns zuerst der zweiten Frage zu: Es gibt tatsächlich auch andere Arten der Verarbeitung von Körperschmerz außer seiner Umwandlung in Seelenschmerz. Allerdings bleibt dabei der Unlustcharakter immer erhalten. Es sei nebenbei bemerkt, daß auch andere körperliche Unlustempfindungen und nicht nur Schmerzen im Traume in seelische Unlustempfindungen verwandelt werden können. Ein an schwerer Bronchitis leidender Kranker träumte, *daß er sich furchtbar plagen mußte, um ein mathematisches Problem zu lösen. Seine Plage war dabei so groß, daß er aufwachte* und dann feststellen konnte, daß er sich in Wirklichkeit mit Atemnot plagte, weil er eine ungünstige Lage eingenommen hatte. Eine Studentin träumte, *daß sie sich zur Prüfung vorzubereiten hatte. Sie bemühte sich aber vergebens, den Stoff zu bewältigen, sie konnte nichts im Gedächtnis behalten. Ihre Plage war dabei so groß*, daß sie aufwachte ... Sie hatte in Wirklichkeit einen starken Brechdurchfall bekommen und konnte dann tatsächlich den Magen- und Darminhalt nicht behalten. Ebenso können — wie längst bekannt — unlustbetonte Körpersensationen mannigfaltigster Art, wie Magenvölle, Blutandrang usw., in unlustbetonte seelische Sensationen verwandelt werden. Bekanntlich hat Silberer solche Fälle von somatischen Phänomenen reichlich analysiert. Seine diesbezüglichen Ausführungen sind äußerst wertvoll.

Eine häufig vorkommende Verarbeitung von Körperschmerz im Traume

ist die Projektion auf eine andere Person. Eine schwere Melancholika, die an heftigen Kopfschmerzen litt, träumte, *daß ihr Bruder und gleichzeitig ein Freund von ihm dadurch bestraft wurden, daß man ihnen Zitronenscheiben auf den Kopf legte, was ihnen furchtbare Schmerzen verursachte. Die Träumerin litt dabei seelisch sehr.* Nach dem Aufwachen war sie es selbst, die an starken Kopfschmerzen litt. Leider konnte ich mit der schweren Psychotika keine regelrechte Analyse ausführen, und sie war nicht dazu zu bringen, zu diesem Traume zu assoziieren. Eine vis major zwingt uns also hier von der Deutung dieses Traumes, der mit der psychischen Affektion der Träumerin zusammenhängt, abzusehen, und wir müssen damit vorliebnehmen, das metapsychologische Problem der Verarbeitung des somatischen Reizes zu berücksichtigen. Wiewohl in diesem Traume der Schmerz vom eigenen Körper auf eine andere Person hinausgestellt wurde, so erscheint er immerhin bei dieser richtig lokalisiert. Der Unlustcharakter haftet aber einer psychischen Situation der Träumerin an. Es ist möglich, ja wahrscheinlich, daß das Körper-Ichgefühl im Traume für den Kopf bestanden hat, jedenfalls hat das Körperschema richtig funktioniert, so daß die Art des Körperschmerzes im Inhalt — nämlich als Zitronenscheiben auf dem Kopfe —, die körperliche Besetzung des Schmerzes selbst im Schmerzaffekt der Träumenden verwertet wurde. Es könnte auch sein, daß erst der somatische Reizzustand selbst, der sonst Schmerzen verursacht, im Traume an der betreffenden Stelle die libidinöse Besetzung und somit ein umschriebenes Körper-Ichgefühl herzustellen veranlaßt. Freud spricht ja von der starken narzißtischen Besetzung der Stelle jedes Schmerzes. Allerdings könnte das nur in sehr beschränktem Maße eintreten, weil sonst dadurch der Schlafende geweckt würde. Man könnte noch vieles fragen, wie z. B., ob das Vorkommen eines Körperschmerzes im Traume einen weniger oder besonders tiefen Schlafzustand voraussetzen muß, und dergleichen mehr.

In manchen Fällen erscheint im Traume der Körperschmerz nicht nur auf einen anderen Menschen projiziert, sondern auch bei diesem anderen Menschen auf eine andere Körperstelle verschoben. Dies ersieht man deutlich aus folgendem Traum:

Ein Patient, der an Migräne litt, träumte, *daß einer seiner Bekannten, ein Hauptmann, mit dem Vater des Patienten sprach, der (auch in Wirklichkeit) ein hoher Offizier war. Während der Hauptmann in Habtachtstellung über Dienstangelegenheiten sprach, öffneten sich ihm die Hosen, aus welchem ein großes, fast ein Meter langes Glied heraustrat, das die Gestalt eines mittelalterlichen, nach oben gekrümmten Säbels hatte. Ihre Exzel-*

lenz machte, als ob sie es nicht bemerken würde und hörte weiter den ihm vorgebrachten Rapport an. Plötzlich merkte der Träumer, daß das Glied des Hauptmannes sich in einen sehr großen Sack, der von der Leistengegend herunterhing, verwandelt hatte: Es war nämlich eine große Hernie, die dem Hauptmanne heftige Schmerzen verursachte. Ihre Exzellenz nahm es wahr, wendete aber ihren Blick zum Fenster hinaus, um einen Vorwand zu haben, den Rapport fortsetzen zu können, ohne den Regimentsarzt verständigen zu müssen. Der Hauptmann litt fürchterlich und flüsterte den anderen Anwesenden zu, sie mögen sofort ärztliche Hilfe herbeirufen, denn er würde sonst sterben. Aber ihre Exzellenz machte sofort eine ärgerliche Miene, als sie bemerkte, daß der Hauptmann zerstreut war, und so mußte dieser trotz der heftigen Schmerzen und der großen Hernie, die ständig wuchs, sich so stellen, als ob er sich für die Aufträge seines Vorgesetzten interessieren würde. Dem Träumer war es sehr übel zu Mute, er war in großer Verlegenheit, denn er wollte irgendwie dem Hauptmann behilflich sein. Das Unlustvolle seiner seelischen Situation wurde so stark, daß er aufwachte und dann feststellte, daß er einen heftigen Anfall von Migräne bekommen hatte, begleitet von einem Gefühle von Stumpfheit und von Parästhesien auf der Haut des Hinterkopfes, die ihm „eingeschlafen" war. Lange Zeit dachte er noch an diesen Traum, der seinen komplizierten Vaterkomplex aufgewühlt hatte: Er war nämlich vom Vater besonders eingeschüchtert worden.

Wir müssen nun vor allem einem Bedenken Ohr schenken: Ist es etwa nicht notwendig, zuerst den Traum zu analysieren, bevor man die Umwandlung des Körperschmerzes, seine Projektion auf einen anderen Menschen, seine Verschiebung auf eine andere Körperstelle, berücksichtigt? Sicher kann die Traumanalyse uns etwas über den Sinn der Verschiebung, der Projektion usw. verraten, das metapsychologische Problem würde aber dabei unangetastet bleiben. Im vorliegenden Falle ist es geradezu verlockend, den Migräneanfall des Patienten als hysterisches Konversionssymptom aufzufassen, dessen inhaltliche Bedeutung sich aus der Analyse des berichteten Traumes ergeben würde. Wir werden wieder die Tatsache bestätigt finden, daß die Konversionsschmerzen ein körperlicher Ausdruck von seelischen, mit Lust- und Unlustgefühlen einhergehenden neurotischen Konflikten sind. Aber der Mechanismus, der zur Konversion führt, führt zu Problemen, die noch ihrer metapsychologischen Erklärung harren. Mit ihr werden wir uns im folgenden befassen.

Wie die Ersetzung der eigenen Person im Traum durch eine andere oder

auch durch ein unbelebtes Objekt erfolgt, konnte ich bei der Analyse eines Patienten, der seine Empfindungen beim Einschlafen besonders lange gut kontrollieren konnte, Einsicht nehmen und die Erklärung Federns, daß die pathologische Projektion durch Zurückziehung der Ichgrenze erfolgt, bestätigen. Dieser Patient hat öfters feststellen können, daß beim Einschlafen das körperliche Ichgefühl abnehmen kann, ohne daß dabei gleichzeitig die körperlichen Empfindungen verschwinden. Es gibt sozusagen eine Phase, in welcher Körperempfindungen ohne Ichgefühl bestehen. Er konnte auch verfolgen, wie beim Einschlafen, im hypnagogen Zustande, nicht als zum Ich gehörig erlebte Körperempfindungen aus dem Ich hinausgestellt wurden, wodurch es zu einer Projektion aus dem eigenen Körper kommt. Man könnte diese Sachlage etwa folgendermaßen beschreiben: Es werden beispielsweise bestimmte Körperlagen oder Drucksensationen usw. empfunden, das Ichgefühl zieht sich aber von diesen Empfindungen zurück, und so werden diese Lagen oder Druckempfindungen nicht zum Ich bezogen, d. h. als „Nicht-Ich", vom Ich getrennt, gefühlt. Diese Lagen, Drucksensationen oder auch Schmerzen, die somit im Traume als Objekt erscheinen, sind dann allen anderen, aus der Traumanalyse bekannten Entstellungen unterworfen. Jedenfalls kann z. B. der auf ein geträumtes Objekt projizierte Schmerz auf diesem richtig lokalisiert erscheinen; das kann sein, muß aber nicht sein. Ob dabei die Schlaftiefe eine Rolle spielt, können wir nicht angeben. Sollte denn das Körper-Ichgefühl vielleicht auch die Funktion haben, die mannigfaltigen Körperempfindungen zu binden, d. h. die Lokalisierung festzuhalten? Es erheben sich da wiederum andere Fragen, die künftighin berücksichtigt werden sollten.

Aus dem bisher Gesagten würde folgen, daß der Körperschmerz nur dann ichbezogen bleibt, wenn Reizmengen eine libidobesetzte Ichgrenze treffen und in diese einbrechen, nachdem sie den Einbruch in den körperlichen Reizschutz vollzogen haben (Freud), dieser allein reicht also nicht aus, um spezifischen Körperschmerz hervorzurufen. Wenn im Traume oder in anderen ähnlichen Zuständen der körperliche Reizschutz nicht mehr mit der Ichgrenze zusammenfällt, da diese sich zurückgezogen hat und nicht wieder hergestellt ist, so rufen körperliche Reizzustände seelische Unlustgefühle hervor.

Weiteren wichtigen Erfahrungen müssen wir aber nun Rechnung tragen. Es kommt nämlich auch vor, daß auf das Ich bezogene Körperschmerzen geträumt werden. Diese können entweder tatsächlichen Körperschmerzen entsprechen, die also im Traume als solche fortbestehen, oder aber bloß

geträumt sein, d. h. — soweit die Rückerinnerung beim Erwachen erkennen läßt — keinem tatsächlichen somatischen Reizzustande entsprechen. Der erste Fall sagt nichts weiter, als daß im Traume die körperliche Ichgrenze partiell geweckt wird[4] und daher nicht immer die Bedingungen für das Zustandekommen eines lokalisierten ichbezogenen Körperschmerzes fehlen müssen. Darüber hinaus gibt uns aber vielleicht die Berücksichtigung des zweiten, d. h. des bloß geträumten Schmerzes einen Wink zur Feststellung der Bedingung für den ersten Fall. Hier tritt die Umwandlung in umgekehrter Richtung aus dem Seelischen ins Körperliche auf. Die Konversionsschmerzen der Hysteriker mahnen uns daran, daß die psychogenen Schmerzen, d. h. solche, die nicht von einem somatischen Reizzustande herrühren, irgendwie durch determinierte Zusammenhänge der Ausdruck eines bestimmten ungelösten psychischen Konflikts sind. Dabei ist zu bemerken, daß solche Schmerzen meistens erogene Zonen betreffen, als ob infolge des unbewußten Konflikts ein organisches Lustgefühl sich in Schmerz verwandeln würde.

Ein Patient träumte, *daß ein vorderer Zahn stark zu wachsen begann, wobei er die heftigsten Schmerzen empfand. Der Zahn wuchs mehr und mehr, bis er einen halben Meter lang wurde. Da bemerkte der Träumer zu seinem Schrecken, daß aus dem Zahne so wie eine Art Knochenmark austrat. Darauf versuchte er, das Mark und den Zahn mit dem Finger wieder hineinzustoßen, und es gelang ihm schließlich, das Ganze zur Normalität zu reponieren.* Der Traum ging weiter. Zum Traume fielen ihm eine Menge sexueller Einschüchterungsversuche aus der Kindheit ein. Die Drohungen und die Abschreckungsmaßnahmen von seiten seines Vaters erstreckten sich bis nach der Pubertät. Er genierte sich stets, eine Erektion zu haben, denn er fürchtete sich, daß diese von anderen Leuten wahrgenommen werden könnte. Als er die ersten nächtlichen Pollutionen bekam, dachte er, daß der Samenabfluß äußerst schädlich wäre und wollte dessen Spuren beseitigen, ja er trachtete auch stets, die Ejakulation zu unterdrücken.

Hier haben wir es, umgekehrt, mit einer Umwandlung eines psychischen Moments in Körperschmerz zu tun; und dabei gleichfalls mit einer symbolischen Verschiebung von unten nach oben. Wir möchten nun gerne wissen, welches spezifische Moment beim Konflikt für die Entstehung des Körperschmerzes maßgebend ist. Vom metapsychologischen Standpunkte aus betrachtet, muß es sich jedenfalls um einen Einbruch in einen inneren Schutzwall von seiten einer Reizmenge handeln, in analoger Weise, wie es sich beim gewöhnlichen Körperschmerz um einen Einbruch in den libidobesetzten

4) Federn: Das Ichgefühl im Traume.

äußeren Reizschutz handelt. Es scheint also, daß das psychische Ich gegenüber den Verdrängungen sich durch eine Art neuen Reizschutzes absondert. Dieser Reizschutz besteht aus Gegenbesetzungen. Es handelt sich hier um äußerst komplizierte und noch wenig durchsichtige Verhältnisse. Es scheint, daß sich in manchen Fällen mit der seelischen Ichgrenze auch ein Körper-Ichgefühl herstellt, und hält der innere Reizschutz den verdrängten Energiemengen nicht stand und nimmt das Ich eine Gefahrsituation für das Ich wahr, so reagiert es mit Angst; der psychische Apparat reagiert, ohne diese Gesamtreaktion oder aber mit ihr, lokal und stellt die Ichgrenze her, die dann selbst in analoger Weise durchbrochen wird und auch wie beim Einbruch in den äußeren körperlichen Reizschutz Körperschmerz im Ich empfindet. Ob Angst oder Schmerz im speziellen Falle eintritt, ist sicherlich an spezielle Bedingungen gebunden, welche besonders erforscht werden müssen.

In einem brieflichen Gedankenaustausch machte mich Herr Dr. Federn darauf aufmerksam, daß bei Affekten und beim Wollen das körperliche Ichgefühl sich einstellt, so daß auch dadurch der Körperschmerz statt des Seelenschmerzes entstehen könnte, und das wäre wieder ein Hinweis auf die Möglichkeit hysterischer Konversion, sei es von Schmerz oder anderen Symptomen. Diese wären die Folge starker Gegenbesetzungen und des Einbruches des Verdrängten: Infolge so starker gegensätzlicher Reizung würde der Reizschutz schmerzhaft zerrissen werden.

Es kommt auch vor, daß die eine Reaktionsart in die andere umschlagen kann, was in seinem Resultate dann den Eindruck macht, daß die neurotische Angst sich in Konversionsschmerz verwandelt hat. Eine schwere Angsthysterikerin pflegte in einer bestimmten Phase der Kur oft zu träumen, *daß sie von einem Manne auf der Brust oder am Genitale heftig gekniffen oder gedrückt wurde, wobei sie an den betreffenden Stellen unerträgliche Schmerzen empfand,* die beim Erwachen gleichzeitig mit dem Traume aufhörten. Einmal träumte sie, *daß sie ein Mann in die Höhe hob und ihr den Finger so stark in das Genitale drückte, daß sie es vor Schmerzen nicht aushalten konnte.* Ein anderes Mal *begegnete sie* im Traume *einem Manne, wobei sie, von starkem Sexualbegehren übermannt, sich ihm ungeduldig in die Arme warf. Da riß sie sich die Bluse auf und bot ihm die Brust an. Er kniff sie an der linken Brust so heftig, daß sie vor Schmerzen aufwachte,* welche Schmerzen aber mit dem Erwachen aufhörten. Während ihr Sexualbegehren im zweiten Traume als solches erscheint, ist es im ersten Traume symbolisch ausgedrückt durch „in die Höhe gehoben werden". Die Abfuhr des Sexual-

reizes wurde also von den sich plötzlich einstellenden Gegenbesetzungen abgeschnitten; die Reizmengen durchbrachen diesen Schutzwall von Gegenbesetzungen, da sie nicht mehr aufzuhalten waren, und so verwandelte sich die sexuelle Lust in Schmerz. Ob wir das charakteristische Moment verallgemeinern dürfen, daß in diesem Falle die Angstentbindung ausblieb, muß uns erst eine ausgiebige Erfahrung lehren. Allerdings träumte diese Patientin ein anderes Mal, *daß ich ihr angeordnet habe, mit einem Mann sexuell zu verkehren, wovor sie sich aber fürchtete; und ich bereitete eine große Injektionsspritze vor, wobei ihre Angst vor dem Eingriffe ständig wuchs.* In diesem Traume kamen Schmerzen nicht vor. Es ist verständlich, daß die hysterischen Konversionsschmerzen meistens erogene Körperpartien befallen. Aber, wie gesagt, wir können noch nicht angeben, ob Angst und Schmerz einander ausschalten.

Wir haben damit die Vermutung ausgesprochen, daß die charakteristische Empfindung des Körperschmerzes als psychische Reaktion auf den Einbruch in den körperlichen, libidobesetzten Reizschutz auftritt, die des neurotischen oder geträumten Körperschmerzes auf den Einbruch in den aus Gegenbesetzungen errichteten Schutzwall gegen das Verdrängte. So wie der körperliche Reizschutz, insoferne er eine genügende libidinöse Besetzung hat, das Ich im Körperlichen gegen die Außenwelt absondert, so sondert auch der innere, aus Gegenbesetzungen gebildete Wall das Ich gegen das ichfremde Unbewußte ab. Es scheint also, daß die Entstehung des Schmerzes überhaupt infolge eines Einbruches in die Ichgrenze erfolgt, gleichgültig, ob es sich dabei um den äußeren, somatischen, libidobesetzten Reizschutz oder um den inneren, gegen das Unbewußte hergestellten Schutzwall handelt. In dem einen Falle wird der Reizschutz von den Reizmengen der Außenwelt, in dem anderen wird der i n n e r e Wall von den aus den Triebquellen stammenden Reizen durchbrochen.

Während ich einem schweren, psychisch vollkommen zerfallenen Schizophrenen eine Wunde an der Stirne zusammennähte, ließ er sich alles ohne Schmerzäußerungen gefallen, klagte aber dabei, in verworrener und unzusammenhängender Art, über seelische Unlustgefühle: „Ich bin ganz verzweifelt, solche Sorgen sind unerträglich usw." Wir können allerdings nicht ausschließen, daß dieser Kranke auch Körperschmerzen verspürte; wenn er aber diese tatsächlich nur als Seelenpein verspürt hat (nach seinen Äußerungen zu schließen), so läge die Erklärung dafür auf der Hand: Bei der schweren Schizophrenie haben wir es mit einer fast vollkommenen Regression zum primären Narzißmus zu tun und somit mit einer Zurückziehung der libidinösen Ich-

grenzen. Die physischen Reize finden also keine Ichgrenze vor, in die sie eindringen und so bleiben die Bedingungen für das Zustandekommen des Körperschmerzes aus.

Wir fragen uns aber jetzt, an welche Bedingungen das Zustandekommen des seelischen Schmerzes gebunden ist. Die Erfahrung besagt, daß seelischer Schmerz dann entsteht, wenn eine Verletzung, sozusagen eine Kontinuitätstrennung innerhalb des Ichs erfolgt, also innerhalb seiner jeweiligen Grenzen. Wenn man z. B. ein Liebesobjekt verliert, so werden Libidomengen innerhalb des Ichs von den Vorstellungen des Realobjekts losgerissen und da stellt sich der Seelenschmerz ein, der die Trauerarbeit in Gang setzt. Diese Reaktion (Trauerarbeit) ist der Vernarbung oder Wundheilung analog. Die Liebesobjekte werden nämlich durch Libido an das Ich gebunden, als wären sie Teile des Ichs. Werden diese dem Ich entrissen, so reagiert es, als ob es eine Verstümmelung erlitten hätte. Der Ausdruck der so im Ich entstandenen offenen Wunde ist eben der Seelenschmerz. Wir denken dann an die so oft hervorgehobene Gleichsetzung der Liebesobjekte mit eigenen Körperteilen, wie sie vor allem Abraham in seinen diesbezüglichen interessanten Ausführungen klargelegt hat.[5] Tatsächlich begegnen wir sehr oft beim Dichter und im Volksmunde Ausdrücken wie „Es ist mir das Auge" oder „das Herz" entrissen worden, zur Bezeichnung des schmerzlichen Verlustes eines Liebesobjektes.

Im Traume und in anderen ähnlichen Zuständen (Amentia) kommt es aber auch vor, daß sich die Ichgrenze von sonst bewußten Inhalten zurückzieht. Die Folge davon kann sein, daß Reizmengen aus einer im Wachzustande im Ich gelegenen offenen Wunde nun einen neugebildeten Schutzwall zum Abhalten dieser Reize vorfinden und in diesen einbrechen. In dieser Weise werden die Reizmengen, die im Wachen Seelenschmerz erzeugen, im Traume Körperschmerz bewirken. Ein Patient träumte, *daß er heftige Zahnschmerzen hatte und zum Zahnarzt ging, um sich den schmerzenden Zahn extrahieren zu lassen.* Beim Aufwachen stellte er fest, daß er tatsächlich Zahnschmerzen hatte, und begab sich zum Zahnarzt, um sich die Extraktion vornehmen zu lassen. Es vergingen nun einige Tage und er war schon längst von seinen Schmerzen befreit, als er nachts wiederum träumte, *an derselben Stelle heftige Zahnschmerzen zu verspüren.* Er wachte vor lauter Schmerzen auf, aber von Zahnschmerzen war dann keine Spur mehr, dagegen schmerzte ihn sehr der Gedanke, von seinem Verhältnis, an dem er

5) Karl Abraham: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Int. Psychoan. Verlag, 1925.

sehr hing, verlassen worden zu sein. Dies war vor einigen Wochen geschehen und quälte ihn seither fürchterlich. Dieser Gedanke war im Traume ausgeschaltet gewesen und der Durchbruch der ihm anhaftenden Reizmengen ins Traum-Ich hat Körperschmerz zur Folge gehabt. Nach dem Erwachen wurde die Abwehr gegen den schmerzenden Gedanken zurückgezogen, so daß die offene seelische Wunde wiederum i m I c h zu stehen kam, und darauf reagierte der seelische Apparat mit S e e l e n s c h m e r z. Es ist wahrscheinlich, daß dieser Mechanismus dafür verantwortlich gewesen ist, daß der Patient im ersten Traume die Schmerzen vom tatsächlich kranken Zahne als solche empfinden konnte: er konnte das eben deshalb, weil sie gleichzeitig den Seelenschmerz um den Verlust des Liebesobiekts ausdrückten. Ein körperlicher Schmerz, der einmal erlebt wurde, bahnt den Weg zum Ersatz eines Seelenschmerzes durch einen Körperschmerz.

Aus unseren Betrachtungen könnten sich sicher noch andere Problemstellungen ergeben. Interessant wäre es auch zu untersuchen, worin sich genetisch der Seelenschmerz vom Seelenleid unterscheidet: Der Unterschied zwischen beiden ist nämlich ein tatsächlicher. Vielleicht — wie F e d e r n in einer Diskussion vermutete — hat der Seelenschmerz eher mit den Objektbesetzungen zu tun, das Seelenleid dagegen mit den narzißtischen Besetzungen. Jedenfalls handelt es sich hier um komplizierte Vorgänge, deren Erforschung auch die Berücksichtigung des Todestriebes verlangt.

Durch meine vorläufige Mitteilung wollte ich, wie gesagt, bloß die Aufmerksamkeit auf dieses Forschungsgebiet lenken. Erst die Untersuchung von ausgiebigem Material wird uns ermöglichen, ein tieferes Verständnis der Psychologie des Körper- und des Seelenschmerzes zu gewinnen.

Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese[1]

Von

Felix Deutsch

Wien

Die Berechtigung, von neuem eine Übersicht über ein Gebiet zu geben, das einen so weiten Rahmen umspannt, wie er im Titel angeführt ist, kann sich heute nur dann ergeben, wenn sich nachweisen ließe, daß in einem dieser Wissensgebiete Fortschritte erzielt worden sind, deren Zusammenfassung von Vorteil für beide Forschungsgebiete wäre.

Vor kurzem hat Freud in einer Aussprache bemerkt, daß die Arbeit in der Analyse mit doppelten Kräften weitergeführt werden müsse, da die biologische Medizin der Analyse auf den Fersen sei. Darunter kann man nur verstehen, daß es der biologischen Forschung gelungen ist, eine Reihe von psychischen Vorgängen biologisch aufzuklären, die vorher nur dem psychologischen Verständnis zugänglich waren. Es stünde daher zu befürchten, daß durch Entdeckungen auf medizinischem Gebiete das „Seelische" früher erfaßbar würde, bevor das psychoanalytische Gebäude vollständig aufgerichtet ist, und daß die Erfolge der organischen Therapie der psychoanalytischen Therapie und damit auch der psychoanalytischen Forschung den Boden vorzeitig abgraben würden.

Es erscheint daher notwendig, auf medizinischem Boden stehend, den Blick gegen die Analyse gerichtet, in kurzen Zügen eine Übersicht darüber zu geben, was sich an der Grenzscheide zwischen diesen beiden einander so nahen und doch geschiedenen Forschungsgebieten im letzten Jahrzehnt ereignet hat. Ich sage im letzten Jahrzehnt, weil es fast auf den Tag 10 Jahre her sind, daß an dieser Stelle von mir wieder das Thema „Organische Vorgänge und psychoanalytisches Geschehen im Menschen" angeschnitten wurde. Den Auftakt

1) Vorgetragen in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung in der Sitzung vom 13. Januar 1932.

dazu hatten die damals so revolutionär klingenden Aufsätze und Vorträge von Groddeck gegeben, der auch in den organischen Krankheiten einen analytisch erklärbaren Vorgang aufzudecken geglaubt hatte, ja damals sogar die Entstehung organischer Krankheiten überhaupt auf seelische Vorgänge zurückführen wollte. An sich hätte diesen Behauptungen nicht so sehr mit vielfach ungläubigem Kopfschütteln — selbst in analytischen Kreisen — begegnet werden müssen, da die Analyse ihren Ausgangspunkt auch von körperlichen Phänomenen genommen hat, die nur nicht im materiellen Sinne als organische Krankheiten anzusehen waren; ich meine von den hysterischen Konversionssymptomen. Immerhin kann zur Entschuldigung für die geteilte Aufnahme dieser Ansichten angeführt werden, daß das medizinische Denken jener Zeit vollkommen auf die Unterscheidung zwischen funktionellem und organischem Geschehen eingestellt war, eine Unterscheidung, die bis zu dieser Zeit überhaupt die einzig mögliche war, um zwischen neurotischer und organischer Veränderung eine Trennung zu schaffen.

Die Arbeiten von Ferenczi über die Pathoneurosen, über die Materialisationsphänomene, über die Erogeneität der Organe hatten den Boden vorbereitet, um die Konzeption Groddecks zu ermöglichen. Wenn wir heute diesen Zeitraum, die nachher erschienenen Arbeiten und die in dieser Zeit erreichte Umstellung in unserem Denken überblicken, so kann man sich nur über den raschen Wandel mancher Meinungen wundern. Ist es doch so, daß vieles von dem, was damals so neu und ungewöhnlich geklungen hat, heute zum großen Teil schon zu den Binsenwahrheiten gehört, ja daß die Durchdringung des medizinischen Denkens durch die Psychoanalyse eine so große Bereitwilligkeit für die Akzeptierung des Vorhandenseins seelischen Geschehens in allen körperlichen Vorgängen herbeigeführt hat, daß man darüber eine Zeitlang sogar die Erforschung biologischer Vorgänge innerhalb des psychosomatischen Funktionskreises vernachlässigte. Man kann ruhig behaupten, daß durch die reichen Früchte, die die psychoanalytische Forschung in dieser Zeit getragen hat, die Biologie zum Nutznießer der Analyse werden konnte. Sucht man die Tatsachen in kurzen Worten zusammenzufassen, so kann man sagen, daß man kaum einem Widerstand begegnen wird, wenn man behauptet: erstens: in jeder organischen Krankheit geht eine Neurose im kleinen vor sich; zweitens: die aus dem Unbewußten stammenden Triebkräfte geben die Grundlage für den individuellen Ablauf der organischen Krankheit ab; drittens: diese im Organischen in der Krankheit ablaufenden seelischen Vorgänge, die das

Krankheitsgeschehen ändern, sind analytisch faßbar und aufklärbar.

Wenn also damit gesagt war, daß auch in der organischen Krankheit und in jedem organischen Vorgang sich ein psychologisch verständlicher abspielt, wurde damit die Frage nach den psycho-physischen Zusammenhängen überhaupt neu aufgerollt, eine Frage, deren Beantwortung auch für die therapeutische Psychoanalyse bedeutsam ist. Denn galt bisher die Antithese von „Psychisch oder Somatisch", so mußte nunmehr eine Änderung in der Einstellung zu diesem Fragenkomplex eintreten. Denn mit dem teilweisen Aufgeben dieser scharfen Unterscheidung konnte die Berechtigung zu therapeutisch-analytischen Behandlungen auch solcher Krankheitsformen genommen werden, in deren Vordergrund somatische Störungen standen, Krankheitsformen, deren Behandlung vorher vollkommen in das Bereich der organischen Medizin gehörten. Es mußte sich dadurch auch insofern eine Neueinstellung für den Analytiker selbst ergeben, als er in der selbstverständlichen Voraussetzung eines organischen Vorganges bei seinem psychisch Kranken diesem ganz anders — sagen wir sicherer — gegenüberstehen konnte als vorher; denn er mußte gewärtigen, daß der durch die Analyse eingeleitete Vorgang im organischen Geschehen denselben Einfluß ausüben werde wie eine organische Behandlung. Damit sind natürlich nicht organische Krankheiten gemeint, die ihren Ausgang vollständig von organischen (traumatischen, infektiösen, neoplastischen) Vorgängen genommen haben, wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß selbst ein rein organischer Vorgang analytisch auflösbar und verständlich zu machen ist (nur mit der Einschränkung, daß voraussichtlich der im physischen Haushalt vor sich gehende Heilungsvorgang, selbst wenn er dem Patienten sein Krankheitsgefühl nehmen kann, nicht die organische Heilung herbeiführen wird).

Aus dem Vorhergesagten ergibt sich folgerichtig, daß, was immer im Organischen vor sich geht, sei es, analytisch betrachtet, ein psychologischer Vorgang, sei es, biologisch betrachtet, ein organischer, immer nur dasselbe Substrat untersucht wird und der Behandlung unterliegt. Und da dem Analytiker der sich ihm präsentierende organische Vorgang in der analytischen Betrachtung — wenn er ihn aufzuklären imstande ist — nur als ein Konversionsvorgang verständlich ist, muß er in jedem organischen Geschehen ein nicht sichtbares psychisches voraussetzen. Klarer und krasser ausgedrückt, jeder organische Vorgang enthält verborgen in sich implicite einen psychischen.

Darauf muß in zweifacher Weise näher eingegangen werden. Diese Be-

hauptung macht es nämlich vor allem notwendig, sich ein wenig gewisse primitive biologische Vorgänge vor Augen zu halten, die gewissen primitiven psychischen nahestehen. Wenn eingangs erwähnt wurde, daß die biologische Forschung der psychoanalytischen nachzudrängen beginnt, so kann der Inhalt dieser Erkenntnis nur darin liegen, daß die Forschungen auf dem Gebiete der innersekretorischen Vorgänge Beweise auf organischem Gebiete für die Richtigkeit gewisser, analytisch aufklärbarer, psychischer Zusammenhänge gebracht oder vorweggenommen haben. Hier braucht z. B. nur auf die Ergebnisse über die Umstellungen im sexuellen Verhalten von Individuen durch Implantationen von Generationsdrüsen, Eierstöcken oder Hoden, verwiesen zu werden, die die psychische Bisexualität, die die Analyse als allgemein bestehend annimmt, auf experimentellem Wege wieder entdeckt hat.

Gemeinhin herrschte bisher die Vorstellung, daß psychische Abläufe ihr organisches Korrelat auf dem Wege über das Nervensystem besitzen, das heißt, daß der Ausdruck jedes Affektvorganges über das vegetative Nervensystem abläuft und der erregte Nerv die organische Funktion in Gang setzt. Nun wird derzeit nicht mehr der Nerv allein als der Mittler zwischen psychischem und organischem Geschehen angenommen, sondern ein ganzer Komplex, bestehend aus einem nervösen, chemischen und innersekretorischen Prozeß, ein zusammengesetzter Formenkreis, die sogenannte vegetative Sphäre, als Träger und Mittler zwischen dem Psychischen und Organischen. Wenn also ein von einem der Teile dieser Sphäre ausgehender Reiz gesetzt wird, ruft er den gleichen Vorgang an der Zelle hervor, ob es nun ein psychischer, ein chemischer, ein innersekretorischer oder ein nervöser Reiz ist. Der Unterschied in der Erfolgswirkung ist nur darin gelegen, welcher Art der chemische, welcher der psychische usw. ist. Es hat sich die interessante Tatsache gezeigt, daß gewisse psychische Verhaltungsweisen mit gewissen adäquaten Reizzuständen dieser vegetativen Sphäre verbunden sind. Wir zerlegen das vegetative Nervensystem in zwei große Anteile, in einen sympathischen und einen parasympathischen. Nehmen wir nun als Beispiel die Angst, so wissen wir, daß jener psychische Vorgang, der sich als Angst äußert, im Organischen chemisch einer Vermehrung von Kalzium im Blute, innersekretorisch einer Ausschüttung von Nebennierensekret oder Schilddrüsensekret entspricht, die dann zu einer Reizung des sympathischen Systems führt und die mit Erregungszuständen verbunden ist, welche schließlich zu einer erhöhten Motilitäts- und Bedürfnisspannung führen und damit zu einer Entladung drängen, die vor allem auf motorischem Gebiete vor sich geht.

Wir müssen uns also vorstellen, daß, wenn in der Analyse eine Angst-

entladung herbeigeführt wird, sich ein Vorgang im organischen Gesamthaushalt abspielt, dem ein derartiges oder ähnliches Geschehen wie das geschilderte entspricht.

In der Annahme der Umkehrung des angeführten organischen Komplexes liegt also inbegriffen, daß mit einer Herabsetzung der Reizbarkeit des sympathischen Systems eine Verminderung der Nebennierensekretion, Verminderung der Schilddrüsensekretion und darauf eine psychische Resonanz erfolgen muß, die sich nicht mehr in Angst, sondern eher in Ruhe bis zur Apathie, geringerer Motilität, herabgesetztem Bewußtseinszustand äußern wird, ein Zustand, der dann organisch nicht mehr im sympathischen, sondern im parasympathischen Nervensystem abläuft und dem auch eine Drüsentätigkeit entspricht, die den genannten Drüsen entgegengesetzt gerichtet ist.

Es ist nun nachgewiesen, daß es konstitutionell gegebene Ansprechbarkeiten dieses Nervenapparats gibt, daß also die einen mehr in ihrer vegetativen Erregbarkeit auf Reize des parasympathischen, die anderen mehr auf Reize des sympathischen Nervenapparats ansprechen, konstitutionelle Bedingungen, die also, wie wir uns nun vorzustellen haben, ihren Boden nicht nur in einer besonderen Erregungsweise des Nervensystems, sondern des gesamten chemischen und hormonalen, das heißt innersekretorischen Haushaltes haben. Wir sprechen in der Medizin daher auch von sogenannten vegetativ Stigmatisierten, resp. innersekretorisch Stigmatisierten. Das sind also die nachweislich nach der einen oder der anderen Seite hin konstitutionell fest verankerten Reaktionsweisen der betreffenden Individuen.

Nicht nur in der klinischen Medizin, sondern auch von analytischer Seite her ist versucht worden, gewisse Neurosenformen in Verbindung zu bringen und einzureihen in bestimmte vegetativ-hormonal feststellbare Typen. In der Psychiatrie haben sich die Charaktertypenforschungen Kretschmers Eingang verschafft, die sich vor allem auf die formal faßbaren Körperformen gewisser Geisteskranker erstreckten.

Wir wissen also, daß Angstkranke häufig mit einer gesteigerten Tätigkeit der Schilddrüse behaftet sind. Man hat sich durch diese Tatsachen verleiten lassen, die Angst als innersekretorisch bedingt zu erklären und ihre auslösenden Ursachen in diese Drüsensysteme zu verlegen; man versuchte sogar, die Angst durch Aderlässe zu beseitigen, um dadurch diese Giftstoffe mit zu entfernen.

Immerhin bringen diese medizinischen Tatsachen den Gedanken nahe, daß der Psychoanalyse durch Bedingungen konstitutioneller Natur Grenzen gesetzt sein dürften, bezw. gewonnene therapeutische Erfolge illusorisch werden könnten, wenn hier konstitutionelle Gegebenheiten vorliegen, die nur vor-

übergehend, jedoch nicht dauernd zu beeinflussen wären. Denn wenn es auch dem analytischen Verfahren gelänge, den Inhalt der Angst aufzudecken und sie gewissermaßen zu beseitigen, organisch gesprochen also die vegetativen Abläufe in eine andere Richtung zu führen, müßte dennoch nach einiger Zeit aus den konstitutionellen Gegebenheiten die psychische Gesundung wieder zunichte werden.

Man könnte sich also die Frage stellen, ob und wie weit es gelingen kann, neurotische Angst, die doch psychoanalytisch nur als der Ausdruck einer Gefahr anzusehen ist, die dem Ich vom Über-Ich und vom Es aus droht, für immer so zu dämpfen, daß, nachdem das Über-Ich weniger streng und die Triebansprüche weniger drängend gemacht wurden, daher dieses „Signal" überflüssig wird, nunmehr auch die organischen Angstbedingungen beseitigt bleiben. Hier stehe ich auf dem optimistischen Standpunkt, daß die Funktionsabläufe des Organischen psychoanalytisch änderbar sind, wenn die Umstellung der notwendigen physikalisch-chemischen-vegetativ-hormonalen Prozesse nur lange genug betrieben wird. Leider besitzen wir keine physiologische Untersuchungsmethode, die wie die analytische den Beweis für die Beseitigung der Angstbedingungen erbringen kann, wenn wir auch die Art der geänderten vegetativen Ansprechbarkeit prüfen können. Aber diese gibt uns nur über die vorhandene Gleichgewichtslage, nicht aber über die Dauerhaftigkeit derselben Auskunft.

Wenn wir den dem Psychischen entsprechenden organischen Vorgang noch etwas verständlicher machen wollen, so können wir vielleicht sagen, daß durch die hier angeführten biologisch nachweisbaren Inhalte der Zellen die in ihnen vorhandene Libidoquantität erfaßt ist, daß also die Erogeneität eines Organs oder eines Organsystems auf der Art dieses nervös-humoralen Regulationsmechanismus beruht. Man hat versucht, die Verteilung der vorhandenen Libidoquantitäten, resp. die Libidospannung elastometrisch zu erfassen, das heißt, diese durch Prüfung der vorhandenen Gewebsspannung nachzuweisen, in der wohl richtigen Annahme, daß die Haut als ein exquisit mit Erogenität geladener Teil unseres Körpers ein Spiegelbild für die vorhandene Libidoquantität abgeben wird. Denn jede Änderung in der Steigerung des nervös-humoralen Regulationsmechanismus geht ja mit Änderungen des Salzgehaltes, des Wassergehaltes, mit Temperaturänderungen der Haut vor sich. Wir wissen, daß mit jeder Veränderung in der affektiven Gleichgewichtslage (Angst, Scham, Ärger, Wut) Zellerregungen ausgelöst werden, die mit der Ausschüttung ganz bestimmter Stoffe verbunden sind, vor allem des Histamins, das zu einer Erweiterung der Hautgefäße und damit zu einer

Quellung der Gewebe, zu einem vermehrten Feuchtigkeitsgehalt der Haut führt, zu Zuständen also, die mit einer erhöhten Gewebsspannung einhergehen und damit auch wirklich meßbar wären. Das vermehrte Auftreten dieses Stoffes ist z. B. in der Haut des Gesichtes beim Auftreten von Schamröte nachgewiesen worden, womit für die Erythrophobie nicht nur das chemische Korrelat gegeben, sondern auch die für diese Art von Krankheit erforderliche vegetative Gleichgewichtslage erkennbar wäre, da das Auftreten dieses Stoffes parasympathische Erregungsmöglichkeit voraussetzt.

Aber wie aus einem einzelnen Symptom niemals der ganze Mensch erfaßt werden kann, so ist auch ein solches Verfahren, wie das vorerwähnte, nicht höher einzuschätzen als der in letzter Zeit unternommene Versuch, die affektive Gemütslage eines Menschen durch Atmungskurven zu erfassen. Nicht anders zu werten ist ein anderer Versuch, nämlich Charakterisierungen von Neurosen durch eiweiß-spezifische Untersuchungen des Serums zu erreichen.

Wir müssen uns eingestehen, daß wir eben noch keine dem geordneten analytischen Aufbau des Seelischen adäquaten biologischen Korrelate kennen; wir können sogar sagen, daß wir gewisse, bisher nur der organischen Betrachtung und Behandlung unterliegende Krankheitsformen bereits analytisch besser verstehen gelernt haben als in organischer Betrachtung. Hier braucht man nur an das Schwangerschaftserbrechen, an die endemisch aufgetretene Kriegs-Amenorrhoe, an gewisse habituelle Formen von Abortus, an früher unerklärliche Störungen des Harnapparates, der Darmtätigkeit, der Atmung, der Hautsekretionen usw., an gewisse fest umschriebene Krankheitsformen, wie das Asthma, die Wasserharnruhr usw., erinnern. Alles in allem genommen ist daher die Befürchtung vorläufig nicht zutreffend, daß die organische Medizin das Ziel der Erklärung psychosomatischer Vorgänge früher erreichen dürfte, bevor die Analyse den Bau ihres psychologischen Gebäudes errichtet haben wird.

Erst durch die Analyse ist es möglich geworden, eine Ganzheitsbetrachtung der erkrankten Persönlichkeit zu finden und damit eine Synthese zwischen dem Psychischen und Organischen zu versuchen, das heißt eine gleichzeitige psychologische und biologische, also eine bioanalytische Betrachtung des Individuums vorzunehmen und damit jenem idealen Zustand der Untersuchung der Gesamtpersönlichkeit nahezukommen, nämlich der Beobachtung organischen Geschehens von beiden Seiten, die implicite in jedem Vorgang des Organischen gleichzeitig den psychologischen und biologischen Inhalt voraussetzt. Dadurch wird das Körperliche gewissermaßen stereoskopisch anschaulich, während es vorher in zwei Ebenen gesehen wurde, die nicht zusammenführbar

waren. Erst dadurch konnte der Begriff des psycho-physischen Parallelismus in strengem Sinne fallen, da eine Vereinheitlichung der Betrachtungsweisen erreicht wurde.

Jede organische Untersuchung läßt vor dem Untersucher nicht nur die Gesamtvorstellung eines organischen Vorganges, sondern auch eines psychischen aufsteigen, entsprechend der eigenen bewußten und unbewußten Vorstellung des Patienten von seinem Körperlichen, von der der untersuchende Arzt nur zu einem Teil bisher Kenntnis genommen hat. Anders ausgedrückt, während früher die ärztliche Untersuchung nur den anatomischen Bau des Körpers, die Lage der Organe zueinander und ihre Funktion zum Ausgangspunkt der Betrachtung genommen hat, den Körper nur organisch, formal und funktionell vor sich gesehen hat, erhebt sich heute die Notwendigkeit, die diesen Organen zugeordneten, im Laufe der psycho-physischen Entwicklung in engster Verbundenheit normalerweise angelagerten und innewohnenden, unbewußten psychischen Inhalte als ebenso stets gegeben anzusehen. Diese Zugehörigkeit eines psychischen Inhalts und seine mit der Ingangsetzung organischer Funktionen stets vor sich gehende Wiederbelebung ist als eine reale Gegebenheit anzunehmen.

Stellt man sich also auf den Standpunkt, daß der Organismus auch in seinen normalen Funktionsabläufen psychische Steuerungen andauernd besitzt, die in ihrer Intensität wohl in einem speziellen Organbezirk wechseln werden, jedoch in Zeiten geordneter Funktionsabläufe auftreten, dann wird man auch die organischen Vorgänge an sich stets in gleichsam doppeltem Lichte sehen und demnach auch durch Mobilisierung dieser supponierten psychischen Steuerungen das organische Leben beeinflussen können. In diesem Sinne werden also die Funktionen des Intestinaltrakts, der Atmungswege, der Harnwege, die Sekretionsvorgänge an der Haut nicht nur als organische Vorgänge anzusehen sein, sondern auch als Äußerungen der in diesen Organen von Anbeginn an untergebrachten, das heißt im Laufe der organischen Entwicklung mitentstandenen und angelagerten normalen psychischen Erlebnisinhalte. Man hat wohl das Recht anzunehmen, daß jede im Laufe der Entwicklung jemals aufgetretene organische Resonanz eines psychischen Ablaufes stets wieder erweckbar ist, wenn das in jener Zeit vor sich gegangene psychische Erlebnis wiederbelebt wird. Diese Vorgänge sind uns ja aus der Analyse genau bekannt, wenn auch für den Fortgang derselben keineswegs stets beachtenswert. Sie drängen sich erst deutlicher vor, wenn der seinerzeitige Konversionsvorgang über das normale Maß hinausgegangen ist.

An diesen Tatsachen kann die Medizin nicht vorübergehen. Denn wenn die dem Organ eigentümliche Funktion normalerweise noch von anderen als biologisch nachweisbaren Innervierungen andauernd Impulse bekommt, von denen der Funktionsablauf ebenso abhängt wie von den organischen, dann müssen jene ebenfalls in den Kreis der theoretischen und praktischen Erwägungen gezogen werden. Entsprechend der Entwicklung der prägenitalen und genitalen Organisationsstufen und der Art der Lösung der Triebkonflikte des seelischen Apparats werden alle aus diesen Entwicklungen sich ergebenden Besetzungen und Gegenbesetzungen, Fixierungen, alle aus den gegensinnigen Strebungen des Ichs und Über-Ichs hervorgegangenen Reaktionen ihren Ausdruck in der Verteilung der vorhandenen Organlibido finden. Diese Verteilung wird bedingt sein durch die Rolle, die das Organ in der infantilen Historik gespielt hat, und von der Eignung des betreffenden Organs zur symbolischen Anspielung. In Abhängigkeit davon werden die Funktionen eine bestimmte Steuerung erfahren, die sich zum Teil in mehr gehemmtem, zum Teil in stärker erregtem Ablauf äußern werden. Diese psychischen Steuerungen fügen sich in das biologische Getriebe normalerweise so ein, daß sie erst bemerkbar werden, wenn sie sich zu einer organneurotischen Störung entwickeln. Sie sind aber auch in gewissen noch normal erscheinenden Organtätigkeiten durchleuchtend. Ist es z. B. so unberechtigt, die Frage aufzuwerfen, warum bei der Atmung individuell so viel Restluft, die doch keineswegs für den Gasaustausch verwertbar ist, zurückbehalten wird, warum in der Blase immer Restharn zurückbleibt? Woher kommen diese Ansätze zur organneurotischen Betriebsform? Von der Atmung wissen wir, daß sie sowohl vom Ich (willkürliche Atmung) wie vom Es (Trieblust) reguliert wird. Man kann willkürlich den Atem anhalten, in der Angst geht der Atem unwillkürlich schneller. Die stark libidinöse Färbung der Atmungsform geht aus der Zeit der prägenitalen Lustbefriedigungen hervor, die dann später mit so starken, häufig in Atmungshemmung sich äußernden, vom Über-Ich ausgehenden Verboten belegt werden. In den kritischen Phasen der Entwicklung, in der Pubertät wie auch im Klimakterium, erkennt man den Regressionszug der Libido auf diese alten Lustzonen deutlich, wenn sich die verschiedensten Atmungsstörungen melden, angefangen vom Lufthunger bis zum Atemkrampf, zum Asthma. Was für die Luftwege hier angedeutet ist, gilt natürlich ebenso für alle anderen durch eine Funktionstätigkeit gekennzeichneten Organe, gilt ebenso für die Muskulatur, in welcher Hemmung und Aktion als Spiegelbilder der innerpsychischen Kämpfe und Konfliktlösungen, als Abwehr von Triebansprüchen und ihrer Durchsetzung, als Ausdruck von Angstbe-

wältigung sich bemerkbar machen. In den normalen Aktionen der willkürlichen wie der unwillkürlichen Muskulatur spiegeln sich die latenten, gewissermaßen nur als Reminiszenz innewohnenden psychischen Inhalte nicht so deutlich wider, müssen aber stillschweigend stets als gegeben angesehen werden. — Bevor ich diese Betrachtungsweise an einem Beispiel veranschauliche und gleichzeitig die Konsequenz einer derartigen Einstellung für das ärztliche Verhalten gegenüber den Patienten illustriere, will ich vorher ganz allgemein sagen, daß es möglich sein muß, alle Vorgänge, die sich im Körper abspielen, bis zu einem gewissen Grade in ihrer Funktion zu beeinflussen, wenn man sich an diese psychischen Inhalte und nicht an die organischen wendet.

Nehmen wir also an, ein Patient leide an einer organischen Nervenstörung, die sich in einer Ataxie der linken Hand ausdrückt, in einer Art Schüttellähmung, die ihn hindert, diese Hand in geordneter Weise zu benützen, so muß diese rein organisch bedingte Störung auch die latenten, im Organ vorhandenen psychischen Inhalte mitaktivieren, so daß die vorhandene organische Störung auch von dieser Seite her gefärbt und noch vergröbert wird. Wende ich mich nun an diese Inhalte, z. B. indem ich dem in Hypnose befindlichen Patienten sage: „Alles, was Sie je mit ihrer linken Hand getan haben und tun, ist recht getan; was die linke tut, ist genau so gut wie das, was ihre rechte tut; für alles, was Sie mit ihr getan haben, brauchen Sie sich keine Schuld beizumessen, Sie dürfen sie daher genau so benützen wie Ihre rechte", so kann folgendes eintreten: Der Patient wird infolge der organisch bedingten Störung natürlich keine geordnete Funktion des linken Armes aufbringen können, jedoch wird immerhin diese um jenen Betrag verbessert sein, der aus der angenommenen unbewußten Einstellung zur linken Seite die Störung verstärkt hatte, und außerdem wird der Patient, sogar weit über die organische Besserung hinaus, das Empfinden haben, daß die Funktion seiner Hände geordneter wurde.

Wir haben uns also in diesem Falle mit unserem Auftrag gar nicht an die Organfunktionen gewendet, nicht dem Patienten gesagt, er werde den Arm gut bewegen können, wenn er aus der Hypnose erwacht, seine Muskelkraft werde gebessert sein, er werde alles mit der Hand machen können, was er vorher nicht konnte, sondern uns an psychische Inhalte gewendet, die wir voraussetzen durften. Solche Annahmen ermöglichten uns, über die Art von organischen Funktionsabläufen Prognosen zu stellen, die ebenso auf der Kenntnis des organisch faßbaren Vorganges wie auf der ihrer psychischen Inhalte basieren. So können wir, wenn wir sehen, daß ein Mensch in

der Pubertät eine Darmstörung, z. B. Stuhlverstopfung, bekommt, nicht nur gleichzeitig sagen, daß hier Wiederbelebungen von analen, prägenitalen Phantasien vor sich gehen, sondern auch prognostizieren, daß dieses Individuum wahrscheinlich in allen kritischen Lebensphasen, in denen psychische Konflikte erledigt werden müssen, diese körperliche Form einer Regression versuchen wird. Diese Bahnungen vom Psychischen her sind es, die uns erlauben, Verhaltungsweisen des Organischen in besserer Weise vorauszusagen, als wir es allein durch die Einsichtnahme in die organische Tätigkeit in der Lage wären. Wenn wir also Stuhlabsetzen nicht nur als Kotausscheidung, Atmen nicht nur als Gasaustauschnotwendigkeit, Essen nicht nur als Nahrungsaufnahme, Schwitzen nicht nur als Schweißdrüsentätigkeit nehmen, sondern auch in diesen Funktionen alle jene Mechanismen mitspielen sehen, die wir analytisch als Konversionsausdruck kennen, dann müssen wir uns medizinisch mit dem Körper und den uns übertragenen Beeinflussungen desselben stets anders auseinandersetzen als bisher.

Um dies wieder zu veranschaulichen: Es käme eine Patientin, die an Fettleibigkeit zu leiden glaubt und eine Entfettungskur verlangt; dann hätte man, wenn man ihr Verbote in der Qualität und Quantität ihrer Nahrungsaufnahme gibt, sich immer vor Augen zu halten, daß man mit diesen Verboten nicht nur ihren Körper beeinflußt, sondern auch stets mit der Entziehung von Speisen alle mit dem Oralen verbundenen unbewußten Phantasien wiederbelebt. Wir wissen doch, daß z. B. gewisse Depressionszustände bis zur Melancholie in der Nahrungsaufnahme Störungen aufweisen, die mit der Introjektion des verlorenen Liebesobjekts und schweren Schuldgefühlen, die sich aus der Einstellung zu den introjizierten Objekten ergeben, zusammenhängen. Würde man also auf eine solche Patientin stoßen und sie mit wahllosem Nahrungsentzug behandeln, dann würde man sie in Gefahr bringen, diese Verbote mit schweren psychischen Reaktionen und Depressionszuständen zu beantworten. Es gibt nicht nur Fälle, die selbst angeben, daß sie, wenn sie eine Entfettungskur machen, stets „nervös" würden, sondern auch solche, bei denen der Ausbruch einer Melancholie direkt mit dem Beginn einer solchen Behandlung einsetzte. Es kann also unser ärztliches Handeln von Überlegungen beeinflußt werden, die uns früher vollkommen fremd waren.

Gerade in den Eß- und Stuhlgewohnheiten sind Beziehungen unseres Unbewußten in einer Weise niedergelegt, die zum großen Teil für alle Individuen typisch sind und die dem Erfahrenen ein anschauliches Bild von der psychischen Konstitution des Patienten geben können, das weit über das hinausgeht, was man aus der Kenntnis so geringfügiger Mitteilungen erwarten dürfte

Nehmen wir die bisher angeführten Zustände noch im wesentlichen als Vorgänge, die vom Normalen kaum oder nur unwesentlich abweichen, also um organische, vom Psychischen gesteuerte Vorgänge, die höchstens als Ansätze zu genitalen oder prägenitalen Konversionsversuchen anzusprechen sind, so ergibt sich unsere medizinische Einstellung zu den ausgesprochen hysterischen, neurasthenischen, hypochondrischen, organneurotischen Störungen von selbst.

Es ist hier als Beispiel das Asthma heranzuziehen, bei dem eine besondere Sexualisierung der Atemfunktion, eine Verdrängung und dennoch Durchbrechung der damit entstandenen Sexualwünsche vorliegt, die selbst sehr mannigfachen Phantasien, vor allem oral-analen, entsprechen. Gerade von dieser Neurose wissen wir, daß ihr Weg ins Organische mit weitgehenden psychogenen Vorbereitungen verbunden ist, bevor sie zum Ausbruch kommt. Es gibt wohl wenig Organneurosen, in denen Organisches und Seelisches so sehr ineinander verwoben ist. Die Art der organischen Einstellung im Sinne einer Übererregbarkeit des vegetativen Funktionskreises, und zwar auf bestimmte innere biologische Reize, berechtigt zur Annahme, daß alle diese trotzdem die Erkrankung nicht manifest machen können, wenn nicht vom Psychischen her dieser Kreis geschlossen würde, das heißt, alle Vorbereitungen im seelischen Apparat vorhanden wären. Das Asthma ist nun nicht ein Dauerzustand, sondern par excellence eine Anfallskrankheit. Wenn wir aber aus der Analyse solcher Fälle wissen, daß mit jedem Anfall entweder auftauchende Geburtsphantasien verbunden sind oder die respiratorische Introjektion eines verlorenen Liebesobjektes und gleichzeitig die Abwehr dieser Einverleibung durch den Atemkrampf sich nachweisen läßt, dann wird uns vieles an den Eigentümlichkeiten dieser Neurose verständlich.

Diese Einsichten sind erst jüngsten Datums. — Im letzten Dezennium ist, abgesehen von den Mitteilungen Federns, nur von Marcinowski und Weiß über die Analyse eines Asthmakranken berichtet worden. Man hatte daher gegenüber den immerhin alarmierenden Symptomen eines Asthmakranken bei einer rein analytischen Behandlung, bei der jede medikamentöse Hilfe wegfällt, keineswegs sicheren Boden unter sich.

In dieser Situation fühlte ich mich, als ich vor zirka neun Jahren einen armen polnischen Juden analytisch studierte, der seit 13 Jahren Asthmaanfälle hatte und zur Zeit seiner Untersuchung fast in einem Daueranfallszustand sich befand. Es hatten sich bereits eine Lungen- und Herzerweiterung und typische Zellveränderungen im Blute entwickelt. Charakteristisch war für ihn, wie für so viele derartige Patienten, daß die Anfälle zuweilen mit der Ent-

fernung aus dem Milieu und von den Personen, die demselben angehörten, aufzuhören pflegten. So konnte dieser Patient, der seine Anfälle sofort bekam, sobald der Zug, der ihn aus dem Kurort, in den ihn die behandelnden Ärzte verwiesen hatten, in die letzte Station vor seinem Heimatsort einfuhr, diese Anfälle selbst dann nicht in der Fremde erzeugen, wenn er alle jene Schädigungen auf sich wirken ließ, die bei ihm sonst die Anfälle hervorriefen. Hingegen genügte schon, wie die Analyse zeigte, die drohende Annäherung an das verpönte Liebesobjekt, zu dem ihn der Eisenbahnzug zurückführte, um den Atemkrampf hervorzurufen, der gewissermaßen die Introjektion — durch den Krampf — verhindern sollte. Die Introjektion war in diesem Falle so zu verstehen, daß der Patient sich mit der Mutter identifizierte und auf oralem Wege Befruchtungs- und Kindphantasien vom Vater produzierte, den er partiell, also gewissermaßen durch Einatmung in die Luftwege, in sich aufnahm. Charakteristisch für den aus dem Osten stammenden Patienten war, daß er die Atemanfälle, die in der Pubertät begannen, immer am Freitag bekam, an welchem Tag nach seinem religiösem Ritus eine sexuelle Begegnung zwischen Vater und Mutter zu erfolgen hatte. Die Identifizierung mit seiner Mutter ging auf ubw. verpönte Phantasien bei der Beobachtung des Stillens seines kleinsten Bruders zurück, in denen er sich lebhaft mit der Mutterbrust beschäftigte. Daraus erfolgten Verbote des Genusses von Milch, auf welchen sofort Asthmaanfälle auftraten. Diese oder ähnliche Motive sind es, warum so häufig von Asthmakranken der Genuß von verschiedensten Flüssigkeiten als anfallsauslösend bezeichnet wird. Diese brauchen nicht immer direkt oral genossen zu werden, sondern ihre Einnahme unterliegt dadurch Verboten, daß so häufig orale Phantasien mit analen verbunden sind und der Geruch der Flüssigkeiten diese Phantasien belebt. Da Geruch und Geschmack so enge miteinander verbunden sind, wirken dann diese Flüssigkeiten anfallauslösend. Daß auf diesem Wege ein diätetisches Ritual sich herausbilden kann, ist demnach nicht merkwürdig und erklärt die verschiedenen diätetischen Maßnahmen, die von vielen Asthmakranken auf ärztliche oder gegenseitige Empfehlung hin eingehalten werden. Daß die Regression auf diese orale prägenitale Lustbefriedigung gerade zum Asthma führt, beruht, wie erwähnt, sicherlich auf einem somatischen Entgegenkommen.

Nur nebenbei möchte ich erwähnen, daß mich die Tatsache, daß so häufig Geburtsphantasien mit den Anfällen verbunden sind, vor Jahren nachforschen ließ, wie die Geburt solcher Patienten verlaufen war. Die Erhebungen bei sieben Fällen ergab, daß vier derselben während der Geburt durch inspiriertes Fruchtwasser fast erstickt wären, ein auffälliger Befund, dem aber deshalb

noch keineswegs ätiologische Bedeutung für die Art der Erkrankung zuzuschreiben wäre, vielleicht aber dafür, daß eine besonders gesteigerte Angst im Anfall auftritt. Denn die erlebte Erstickungsangst könnte in diesen Fällen bahnend für die anderen Angstqualitäten, vor allem für die Kastrationsangst, wirken. Daß die analytische Heilung eines Asthmakranken auch die Folge- und Begleiterscheinungen der Erkrankung mitbeseitigt, braucht nicht erst hervorgehoben zu werden. Wenn bei diesem Falle kurz die psychische Einstellung der Menschen im allgemeinen zum Aggregatzustande der Nahrung berührt wurde, soll auch daran erinnert werden, daß diese so wichtige Aufgabe der Medizin, nämlich die der diätetischen Vorschriften, die Kenntnis der unbewußten Einstellung der Menschen zu den Flüssigkeiten und festen Speisen voraussetzen muß.

Diese Bemerkungen führen zwangsläufig zu einer Erkrankung, die zum Teil zu den Süchtigkeiten, zum Teil zu den Zwangsneurosen gerechnet werden könnte: es ist der Zwang, Flüssigkeit, und zwar Wasser, in unerschöpflicher Menge zu sich zunehmen, eine Erkrankung, in der unbewußte Phantasien vom urethralen Kinde und der Befruchtung durch den Harn aufgedeckt wurden. Ich will aber auf diese Erkrankung hier nicht nur deshalb eingehen, um auf ihre analytische Deutung aufmerksam zu machen, sondern auch um gleichzeitig den interessanten Weg zu zeigen, der die unbewußten psychischen Beziehungen der Patientin zum Wasser veranschaulicht.

Eine Patientin, die zwar nicht analysiert, aber doch weitgehend psychisch verfolgt werden konnte, erkrankte an diesem, wie ich sagen möchte, W a s s e r h u n g e r knapp vor dem Eintritt ihrer organischen Pubertät. Sie war kurz vorher, wie sie sagte, von einem Bauern, bei dem sie im Dienste stand, verführt worden, worauf der Verführer, trotz seiner entgegengesetzten Beteuerungen, auf zwei Jahre ins Gefängnis wandern mußte. Knapp nachher begann sie an unlöschbarem Durst zu leiden, der sie zwang, bis zu 20 Liter Wasser täglich zu trinken. Den dadurch produzierten Harn retinierte sie, so daß sie katheterisiert werden mußte. Auffällig war nur, daß sie von ihrer Unfähigkeit, Harn zu lassen, anfangs nichts mitteilte, was erst dazu führte, sich mit der Patientin näher zu beschäftigen. Dabei stellte sich heraus, daß das Anschwellen der Harnblase durch den angesammelten Harn als Schwangerschaft phantasiert wurde, die sie immer von neuem erleben konnte. Mit dem Eintritt der ersten Menstruation erfolgte die Auflösung dieser Phantasien und besserte sich die Durstkrankheit, um kurz darauf, als eine reale Gravidität erfolgte, vorübergehend zu verschwinden. Nach einigen Jahren wiederholte sich jedoch der ganze neurotisch verankerte Trinkzwang.

Ich erwähnte im Beginn, daß die organische Vorbereitung zur Durchsetzung der Erkrankung auf diese Weise fast so weit zurückreicht wie der Regressionsweg, der zu den urethralen Phantasien der Patientin führte. Sie erkrankte mit zwei Jahren an einem Nierenleiden mit Wassersucht. Von dieser Schädigung kann angenommen werden, daß sie das Hautgewebe gewissermaßen auf ein erhöhtes Flüssigkeitsbedürfnis einstellte. Diese Gewebsbedingungen waren nun die dispositionelle organische Unterlage für die spätere psychische Erkrankung.

Es ist wirklich die Frage, ob nicht die unbewußten oralen Befruchtungs- und urethralen Befriedigungsphantasien auch in jenen Erkrankungen mit eine Rolle spielen, die auf organischer Grundlage, nämlich durch Erkrankung der Hirnanhangsdrüse, zum Trinkzwang führen. Die besondere Art der Infantilismen, die fast alle diese Kranken zeigen, spricht dafür.

Als charakteristisch kann hier die Art des Suicidversuches eines derartigen Patienten angeführt werden, der seinem Leben eben dadurch ein Ende zu machen suchte, daß er ins Wasser sprang und fast ertrunken wäre; nachher setzte eine Zeitlang der Durstzwang aus.

Eine Auseinandersetzung über das Thema „Medizin und Psychoanalyse" wäre unvollständig, würde nicht ein Symptom kurz berührt werden, das beide gleich interessiert — der Schmerz. Eine der wesentlichsten Aufgaben der Medizin besteht doch darin, Schmerzen zu beseitigen. Die Einstellung zu jeder Art von Körperschmerz, unabhängig ob er von äußeren oder inneren Reizen ausgeht, ist die, daß bei ihm, analytisch gesehen, eine Besetzung der schmerzhaften Körperstelle entsteht, eine Besetzung mit narzißtischer Organlibido, gleichsam zu ihrem Schutz. Diese kommt aber häufig zu spät, denn das Organ ist ja oft bereits geschädigt, wenn der Schmerz auftritt. Der seelische Schmerz ist ja nach F r e u d auch die Reaktion auf den bereits e i n g e t r e t e n e n Objektverlust. Die gesteigerte Schmerzempfindlichkeit von bereits einmal vorher erkrankt gewesenen Körperpartien, die also dem organischen Vorgang nicht adäquat ist, wie auch die verschieden große Schmerzempfindlichkeit der Menschen im allgemeinen, zeigen, daß hier ein transformierter Seelenschmerz mitspielt. Der seelische Schmerz wird bekanntermaßen oft von körperlichen Empfindungen im Herzen begleitet. Dort wird auch der organische Schmerz, wenn er z. B. in Form von echter oder unechter Angina pectoris auftritt, besonders heftig, oft weit über unser anatomisches Verständnis hinaus, empfunden. In dem analysierten Falle von Angina pectoris, über den ich vor einigen Jahren berichtete, konnte ich zeigen, wie mit der Beseitigung der Angst vor der Gefahr, die dem eigenen Körper drohte, den der

Kranke zum Objekte seiner Aggression nahm, auch der Schmerz sich milderte.[2] Es ist aber häufig der Fall, daß das Objekt, das bedroht wird, dasjenige ist, gegen das sich die stärksten Aggressionen richten und mit dem man sich identifiziert. Mit dem Aufgeben der Identifizierungen können dann auch die Schmerzen schwinden. Dadurch wird die Angst illusorisch, die deshalb bei diesen Erkrankungen so groß ist, weil der Körper in seiner Gesamtheit bedroht ist. Das Ende ist ja der Tod.

Mit dem Tode hat sich glücklicherweise die Analyse nur theoretisch zu befassen, während die Medizin mit dem Sterben sich täglich auseinandersetzen muß. Sie soll dem Menschen die Euthanasie verschaffen, und dem Kranken in seiner Krankheit die Angst vor dem Sterben nehmen. Wir sehen die Menschen auf verschiedenste Weise sterben, die einen voll Angst und Auflehnung, die anderen ergeben und ruhig, andere sogar euphorisch. Das muß nun seine Gründe haben. Jedem Arzt ist die besondere euphorische Stimmungslage der Lungenkranken bekannt, die oft trotz der höchstgradigen Zerstörung der Lunge keine Zeichen von Erstickungsangst zeigen und von der Sterbensangst oft bis zum Tode nicht berührt werden. Vor Jahren schon habe ich in einer Bemerkung in diesem Kreise meiner Meinung Ausdruck gegeben, daß durch die ständigen oralen Betätigungen, die bei dieser Erkrankung durch die nicht nur notwendigen, sondern sogar befohlenen Beschäftigungen mit dem Sputum vor sich gehen, das so oft und in großer Menge herausbefördert wird, unbewußte Phantasien erregt werden, die mit der Munderotik und Atemerotik zusammenhängen. Diese infantilen Lustbefriedigungen, die in der Krankheit verborgen untergebracht sind, scheinen diese Angstfreiheit zu verschaffen, trotz der realen, organischen Destruktionen. Welche Sterbensangst zeigt im Gegensatz dazu die Angina pectoris! Ich meinte einmal, daß die so unerwartete Bedrohung, die plötzlich den Gesamtkörper trifft, das Sterben so angstvoll macht, weil hier sämtliche Angstquantitäten mobil gemacht werden müssen, um die Gefahr zu signalisieren; insbesondere die Kastrationsangst. Wird auf dieses Signal verzichtet, dann stirbt der Mensch in Ergebenheit. Ergebung im Sterben käme der Aussöhnung zwischen den Destruktionstrieben und dem Eros gleich, eine Versöhnung, in der sich diese gleichermaßen in ihre Beute, das Ich, teilen, das sich restlos ergibt. Die schwierige Aufgabe, den Patienten auf die Ananke vorzubereiten und ihm gleichzeitig die Euthanasie zu vermitteln, können wir mit größerem Verständnis lösen, seit wir das Wirken des Eros und des Todestriebes kennen.

2) Der psychische Symptomenkomplex der Angina pectoris. Vortrag in der Wiener und Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung 1927.

Diese skizzenhaften Ausführungen über das Grenzgebiet der Medizin und Psychoanalyse, die vom Beginn des Lebens bis zum Tode führten, haben wohl deutlich gezeigt, wie weit das medizinische Denken von psychoanalytischen Einstellungen gefördert werden kann und wie sowohl analytische als auch medizinische Probleme von beiden Seiten her gelöst werden können.

Die postnatale erste Entwicklungsstufe der Libido[1]

Von

J. Hárnik

Berlin

Seit Jahren äußerte Simmel zu wiederholten Malen Annahmen über eine intestinale Libidobesetzung von spezifischer Bedeutung und versuchte die Beweise dafür zusammenzubringen aus tiefen analytischen Bemühungen, aus der Berücksichtigung der psychophysischen Erregungsvorgänge am gesamten Intestinaltraktus und aus theoretischen, konstruktiven Aufstellungen. Diese letzteren mußten dazu führen, Abänderungen an unserer Libidotheorie vorzunehmen, eventuell die Anzahl der uns bekannten Entwicklungsstufen zu vermehren. Ich selbst bin der Notwendigkeit einer postnatalen, der bisherigen frühesten (oralen) vorangehenden Phase nähergetreten, seitdem es mir gelingt, eigene, früher publizierte Befunde über Todes- (Sterbens-) und Erstickungsangst in einer einheitlichen synthetischen Konzeption zu verarbeiten. Meine damalige Hauptthese — „daß die Angst vor der Erstickung jeder Todesangst zugrunde liege und eigentlich der archaischeste Angstinhalt überhaupt sei" — hat durch die Aufnahme in Fenichels Lehrbuch[2] Anerkennung gefunden, auch bestätigen mir viele Analysen immer wieder ihre Stichhaltigkeit. Sie ist am besten zu begreifen, wenn man sich die zeitliche Tiefe der betreffenden Fixierung vergegenwärtigt. Denn das von mir beschriebene Erleben kommt am wirksamsten in der ersten Lebenszeit, vielleicht in den allerersten Lebenstagen zur Geltung, da die Erstickungsgefahr vom Ich in vollem Bewußtsein wahrgenommen wird.[3] Dasselbe kann man behaupten von der in Gang gesetzten Darmtätigkeit, da schon in den ersten 24 Stunden mehrere Darmentleerungen (Kindspech) stattfinden und auch nachher sehr

1) Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß zu Wiesbaden am 4. September 1932.

2) Fenichel, Hysterien und Zwangsneurosen, Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre, Wien 1931.

3) Siehe Geburtsangst bei Freud, Das Trauma der Geburt bei Rank.

häufige Kotabgänge von dünner bis breiiger Konsistenz bis in den dritten Monat der Säuglingsperiode hinein das Feld beherrschen und dann erst von selteneren und festeren Stühlen abgelöst werden. Von hier führt die allmähliche Fortentwicklung zu den Phänomenen der anal-sadistischen Phase.

Ich glaube, wir können diese und viele andere Tatsachen in die Lehre von den Entwicklungsstufen der Libido hineinarbeiten, wenn wir die kurzlebige nachgeburtliche Phase, die noch vor der Aufrichtung, bezw. Erstarkung der oralen Libidoorganisation vorherrscht, als respiratorisch-intestinale Organisationsstufe konstituieren, weil auf dieser Stufe das Atmungsorgan und der Magendarmtrakt die Leitzonen sind. Die sexuelle Erregung dieser Phase stellt man sich wohl am leichtesten nach dem Vorbild der Symptome vor, die sich summierend ergeben, wenn auf das Auftreten von Angst, insbesondere Erstickungsangst, ein Durchfall erfolgt. Die Befriedigungslust dabei ist also eigentlich Angstlust, möglicherweise Prototyp und tiefste Quelle jeder späteren (auf komplizierenden Momenten beruhenden) Angstlust. Bedeutet das einen Fortschritt unserer Wissenschaft, so ist es doppelt erfreulich, daß dazu die Arbeit mehrerer Forscher beigetragen hat und auch weiterhin beitragen soll. Damit das Tempo des wissenschaftlichen Fortschrittes möglichst beschleunigt werde, ist es am ersprießlichsten, wenn sich jetzt möglichst viele in der Anerkennung der Richtigkeit der Neueinführung zusammenfinden. Deshalb führe ich weitere Argumente an, die zugleich zeigen, bei wie vielerlei Anwendungen sich die neue Annahme bewähren kann:

In jener allgemeinen Psychosenlehre, die unsere allgemeine Neurosenlehre ergänzen soll, wird unter heute noch vielfach unfertigen Elementen auch diese präorale Phase mit ihren verschiedenen Äußerungsformen Berücksichtigung finden. Die von Fenichel aufgefundene respiratorische Introjektion z. B.[4] — die er auf der breiten Grundlage der Respirationserotik und ihrer Rolle in der Entwicklung der Objektbeziehungen und der Entstehung von Objektregressionen abgeleitet und begründet hat — die in gutem Zusammenhang steht mit der Todes- und Erstickungsangst, wird nicht etwa als eine Transponierung von der oralen Introjektion auf ein anderes, eben das respiratorische, Ausdrucksgebiet anzusehen sein. Sie ist vielmehr in dieser Betrachtung ein Anzeichen der Regression zu jener tieferen psychosexuellen Entwicklungsstufe.

Ganz analog werden einzelne körperliche Erkrankungen — insoferne eine Psychogenese für dieselben in Betracht zu ziehen ist — als Konversionsphänomene dieser primitiven Phase zugeteilt. Wie erinnerlich, hat Abraham

4) Fenichel, Über respiratorische Introjektion, Int. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931.

erkannt, daß der Tic einer Konversion auf anal-sadistischer Basis entspricht.[5] Fenichel schlug die Erweiterung vor, eine Lehre von den prägenitalen Konversionserscheinungen im selben Sinne allgemein auszubauen. Das klinische Syndrompaar *Asthma bronchiale* und *Colitis mucosa* sind solche Konversionen auf der Stufe der respiratorisch-intestinalen Libido. Vom Asthma bronchiale und seiner Bedeutung für die psychoanalytischen Untersuchungen brauche ich Ihnen nicht viel zu erzählen. Sagt von ihm doch sogar ein führender Kliniker, G. v. Bergmann: „Das *Asthma bronchiale* kann als lehrreichster Fall quasi einer Organneurose gelten."[6] Aber ich weiß nicht, ob Sie sich dessen erinnern, daß die Colitis mucosa in der Medizin als eine Art Darmasthma angesehen wird? v. Bergmann äußert hierüber: „Die *Colica mucosa* (membranacea) hat man mit einem gewissen Recht das ‚Asthma bronchiale des Dickdarms' genannt. Das Erfolgsorgan zeigt vermehrte Neigung zu Spasmen und eine besondere Art gerinnender Schleimsekretion, die zur Ausstoßung oft ganzer Darmausgüsse von Schleimmembranen führt, ebenfalls eosinophile Zellen und spitze Kristalle enthalten, beides Ausdruck parasympathischer Erregung, neuromuskulärer und neurosekretorischer, wie beim Asthma. Die allergische Komponente ist hier noch wenig aufgezeigt, die Bereitschaft der Betriebsstörung durch entzündliche Schleimhautzustände, Colitis, klinisch evident, wenn auch manche Colitiden erst sekundär hinzukommen. Unter den bedingenden Momenten ist die Affektlage unverkennbar, auch Wirkungen (neural) von anderen Organen her. Fälle, bei denen Asthma bronchiale, Colitis mucosa und nervöse Nasensekretion mit Schleimhautschwellung, auch eine Conjunctivitis wie beim Heuschnupfen sich kombinieren oder alternieren, sind bekannt. Auch gibt es keine Behandlungsmethode der Wahl, nur die Kunst, eine kombinierte Behandlung aufzufinden, schon weil die Colica mucosa nicht selten mit intestinalen Störungen der Verdauung, gastrogenen Dyspepsien kombiniert ist." Wir können auch für diese Fälle, wie v. Bergmann es für das echte Asthma empfiehlt, eine kombinierte Behandlung in Betracht ziehen, bei der allerdings die Psychoanalyse die therapeutische Führung zu haben hätte. Auch solche Heilbestrebungen dürften von unserer Theorie einer tiefsten prägentialen Konversion manchen Nutzen ziehen.

Wir sind mit dem Gesagten in den Bereich von organischen Prozessen gelangt. Freud hat bekanntlich[7, 8] die von ihm gesonderten prägenitalen Ent-

5) Abraham, Beitrag zur Tic-Diskussion, Int. Ztschr. f. Psa., VII, 1921.
6) G. v. Bergmann, Handbuch der normalen u. pathologischen Physiologie, Bd. *16*, 1.
7) Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Ges. Schr. Bd. VII.
8) Freud, Aus der Geschichte einer infantilen Neurose, Ges. Schr., Bd. VIII.

wicklungsstufen der Libido — die anal-sadistische und die oral-kannibalistische — auf das biogenetische Grundgesetz zurückgeführt, indem er meinte, daß sie Reste aus der überaus verwickelten menschlichen Stammesgeschichte sind. Denn es gibt noch die verschiedensten Tierarten, bei welchen die Leitzonen und die Partialtriebe der prägenitalen Epoche des Kindes an der Durchführung der Fortpflanzungsfunktion beteiligt sind. Zoologische Formationen, die man mit der respiratorisch-intestinalen Organisationsstufe in Beziehung bringen wollte, müßten etwas zu tun haben mit der Austrocknung der Meere und ihren Konsequenzen für die tierische Entwicklung — mit den großartigen geologischen und paläontologischen Umwälzungen, die Ferenczi in der von ihm inaugurierten Bioanalyse zur phylogenetischen Grundlage seiner Genitaltheorie gemacht hat.[9] Die Atmungsschwierigkeiten, welche auf dem Wege zur Annahme einer neuen Atemfunktion den durch den erdgeschichtlichen Prozeß betroffenen Wassertieren zuteil wurden, hätten ihren Niederschlag gefunden in der ontogenetischen Libidinisierung der Respiration. Dann ist es vielleicht keine allzu gewagte Spekulation, sich vorzustellen, daß infolge der den Organismen aufgezwungenen Anpassung an das Landleben, bezw. infolge der Eintrocknungsgefahr ganz allgemein reflektorische Reaktionen seitens des Intestinaltraktes mitgespielt haben, deren Wiederholung in der Frühzeit des Individuums als postnatale Intestinallibido sich bemerkbar macht — was hier nur andeutungsweise formuliert wurde.

Ob Lebewesen existieren, die von dem konstruierten Geschehen in unserem Sinne (im Sinne einer Verquickung etwa der Keimzellenproduktion mit den respiratorisch-intestinalen Funktionen) zu verstehende Reste aufbewahrt haben, weiß ich nicht. Ich kenne zufällig ein Pendant zu den von Ferenczi gewürdigten Lurchfischen — die sowohl Luft durch Lungen atmen können, im Sommer nämlich, wie im Winter in Flüssen und Sümpfen als Kiemenatmer leben — das ist ein kleiner Fisch namens Schlammbeißer *(Cobitis fossilis)*.[10] Bei diesem hat sich ein Abschnitt des Darms zum Atemorgan differenziert, so daß er über eine Darmatmung verfügt, die in einer Art Luftschnappen sich manifestiert. Außerdem hat er Kiemen- und Hautatmung, die alle je nach Bedingungen zu funktionieren haben. Das könnte sehr gut auf das Angenommene hin geprüft werden. Ich kann somit auch die Erwartung hegen, daß jemand, der in der Zoologie genügend bewandert ist, tierische Formen namhaft machen wird, bei welchen sogar die Vergesellschaftung zwischen dem Respirationsorgan

9) Ferenczi, Versuch einer Genitaltheorie, Wien 1924.

10) R. Demoll, Die Kiemen-, Haut- und Darmatmung des Schlammbeißers (Cobitis fossilis), Natur, 3. Jhrg., 1912.

oder dem Intestinum einerseits und der Befruchtungstätigkeit andererseits aufzuweisen ist. — Sie denken aber gewiß schon lange, daß ich selbst alles von mir heute Vorgebrachte nicht als gesichertes Forschungsergebnis bewerte, sondern als hoffentlich brauchbare Anregungen für unsere weitere Arbeit, für die Ihrige und für die meinige.

Aktivität und Realität

Von

Gustav Bychowski

Warschau

Im folgenden sollen einige Grundprobleme der Psychologie an Hand von psychoanalytischen Befunden einer Klärung nähergebracht werden. Die Natur der Probleme, die hier behandelt werden, vor allem der Umstand, daß ihre Erörterung ein Verständnis der ersten Anfänge des psychischen Individuallebens benötigt, bringt es mit sich, daß dabei vor allem Ergebnisse aus sehr weit gediehenen Analysen zur Verwertung gelangen.

Beginnen wir mit einer allgemeinen Betrachtung jeglicher menschlichen Tätigkeit überhaupt, so zeigt sich, daß sie jeweilen einen doppelten Aspekt hat. Sie kann erstens betrachtet werden in bezug auf ihr Ziel (sie hat eine bestimmte Absicht) und zweitens als Betätigung an sich, als eine Expansion des Wirkenden, ohne Rücksicht darauf, in welcher Richtung sie stattfindet. Die Tendenz, eine bestimmte Absicht zu realisieren, und die nur überhaupt aktiv zu sein, können an der Ausführung von Handlungen in sehr verschiedener relativer Stärke beteiligt sein, es ergeben sich da bekanntlich sehr verschiedenartige Möglichkeiten. Was uns hier vor allem interessiert, ist der zweite Aspekt, die psychische Verwurzelung der T ä t i g k e i t ü b e r h a u p t.

Aus welchen Quellen entspringt das Bedürfnis nach Aktivität, mit welchen Triebtendenzen hängt es zusammen, und wie ist, wie kann seine Topik sein?

Die erste Betätigung des Menschenkindes hat noch keine Beziehung zur Realität, die als solche gar nicht erkannt und anerkannt wird. Diese erste Aktivität entspringt der Organlust, besteht in Entladungen von motorischen Impulsen, die zunächst jeglicher Zielsetzung entbehren. Diese erste Expansion des kindlichen Es bildet eine wichtige Quelle von Lust, die sich zur zweiten Lustquelle, der oralen, hinzugesellt.

Wir müssen uns nun darüber klar werden, daß diese beiden Lustarten ein-

ander wesensgemäß entgegengesetzt sind. Während die eine reine Entladung ohne Beziehung zur Realität bedeutet, heftet die andere das Kind an die Realität an, da diese eine notwendige Voraussetzung zur vollen oralen Befriedigung bildet.

Es zeigt sich nun, daß die beiden Arten von Betätigung bereits auch die ersten Angstquellen in sich enthalten. Die erste objektlose ungeordnete Aktivität ist eine reine motorische Expansion des Es. Sind aber die betreffenden Impulse übermäßig stark angelegt, so muß sich ihre Entladung als unzureichend erweisen. Der Überschuß an nicht abzuführender Erregung führt zu einem Gefühl von Ratlosigkeit, Ohnmacht und Angst — Angst vor allem als Bedrohtsein durch die innere unabführbare Spannung. Das besonders starke Schreien mancher Säuglinge, die stundenlang brüllen, ohne daß ein Grund dazu in ihrem körperlichen Befinden oder in unverständiger Pflege zu finden wäre, mag oft darin seine Erklärung finden. Die Tatsache, daß dieses Schreien auch oft einen Ausdruck der Wut bildet, steht zu dieser Auffassung natürlich in keinem Widerspruch. Auf diese Weise werden wir auch den Zusammenhang verstehen können, der oft zwischen solchem Verhalten und späterer Neurose oder gar Psychopathie besteht. In einer tiefen Diskrepanz zwischen der Übermäßigkeit der ersten Impulse zur Betätigung und der unzureichenden Abfuhrmöglichkeit würden wir den ersten in der Anlage gegebenen Kern der Angst, der Unruhe und der Auffassung, die eigenen Triebregungen bedeuten eine Gefahr, erblicken. Diese erste Art der Betätigung bildet zugleich ein Urmodell, zu dem der handelnde Mensch später regredieren kann. Diese Aktivität ist, um es noch einmal zu sagen, dadurch charakterisiert, daß sie ausschließlich Spannungsabfuhr ist und weder Objekte noch spezielle Zielvorstellungen kennt. Die Bedeutung der Regression auf diese Stufe werden wir später schärfer herausstellen können.

Die orale Betätigung als erste Brücke zur Realität bildet die Quelle für die ersten typischen Reaktionsweisen des kindlichen Ichs, mittels welcher es sich mit der Wirklichkeit auseinandersetzt. Bei einer bestimmten Veranlagung, deren Wesen wir bald näher beschreiben werden, wird die Abhängigkeit der Befriedigung von einem äußeren Objekt, dessen Kommen oder Verschwinden man nicht selbst beherrscht, als schmerzvoll, ja als unerträglich empfunden. Es ist dies eine starke Kränkung des primären Narzißmus. In etwas späteren Jahren kann diese Einstellung zu einem Gefühl der demütigenden Abhängigkeit von den Erwachsenen führen. Diese haben es ja in der Hand, ganz nach ihrer Willkür das Kind zu befriedigen oder nicht, sie können es sich unter Umständen leisten, um den Preis der Nahrung das Kind zu knebeln und zu

knechten. Die Reaktion des unter diesen Umständen recht natürlichen Trotzes, das Verweigern der Nahrung, bildet daher neben andern auch aus diesen Gründen so häufig das Anfangs- und Dauersymptom der neurotischen Störungen im Kindesalter.

Nun aber — und dies ist wohl das Entscheidende — ist diese aus dem Abhängigkeitsgefühl folgende ambivalente Reaktionsweise auf die Dauer nicht zu halten. Eine Möglichkeit wäre, daß sich die ungeheure, auf die versagenden Objekte gerichtete Feindseligkeit nach innen, gegen das eigene Ich wendet und nunmehr dessen Zerstörung anstrebt. Das kommt gelegentlich gewiß auch vor. In den meisten Fällen aber muß die Einstellung ganz aufgegeben werden, was bei normaler Entwicklung durch ihre völlige Überwindung geschieht; in anderen Fällen bleibt die ganze Reaktionsart auch unter den höheren Schichten der psychischen Betätigung mehr oder weniger nachweisbar. Es entstehen auf diese Weise schwere, weil außerordentlich tief verwurzelte neurotische Störungen vom Charakter der Feindseligkeit der ganzen Welt gegenüber, die auf einer immer aufs neue einsetzenden Ablehnung der Welt als eines Terrains möglicher Betätigung beruhen. Diese Realitätsfeindschaft kann zum Beispiel — auf dem Wege der Verschiebung oraler Libidoquanten und entsprechender Gegenbesetzungen auf die Intellektualität — zu einer Haltung führen, die weder nehmend noch gebend Verbindung mit der Welt sucht und in Empfänglichkeit wie Schaffenskraft (Produktivität) gleichermaßen gehemmt ist. Ein solcher Mensch gibt etwa vor, nichts lernen zu können, weil er unbewußt glaubt, daß er schon alles durch sich selbst (durch ein neurotisches Apriori) wisse. Durch jedes Lernen und durch das Zugeben, daß er je etwas gelernt habe, würde er, da er ja dazu unbedingt der Hilfe anderer, wenn nicht Menschen, so Bücher und Gedanken bedürfte, seine Abhängigkeit von anderen (von den Erwachsenen) zugeben und damit auch seine eigene Unvollkommenheit; wir vermerken hier nur diese Anknüpfung an den primären Narzißmus, um auf diesen wichtigen Punkt später zurückzukommen.

Vorerst wollen wir das früher Gesagte noch eingehender betrachten. Die erste aktive Fühlungnahme mit der Außenwelt — die orale — kann also bei entsprechender Veranlagung zu starken Ablehnungsreaktionen der Welt gegenüber führen. Es wäre dies somit die erste menschliche Ablehnung der Realität. So wird es verständlich, daß in klinischen Zustandsbildern, bei welchen die Beziehung zur Realität eine tiefgehende Störung erleidet, diese Störung so oft in oraler Ausdrucksweise erscheint. Dies zeigt nicht nur die psychoanalytische Durchforschung von manisch-depressiven und schizophrenen Erkrankungen. Ich kann auch ein Beispiel aus einem psychoanalytisch noch

nicht genügend erforschten Gebiete beibringen. Ich entnehme es der Analyse eines schweren Falls von reiner (genuiner) Depersonalisation, den ich im folgenden noch mehrfach heranziehen werde. Die Patientin empfand im Beginn ihrer Erkrankung eine völlige Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme. Wenn sie während der Analyse Versuche machte, mit der Wirklichkeit in näheren Kontakt zu treten, oder wenn diese Wirklichkeit in Gestalt eines ihrer Lieben an sie mit Forderungen herantrat, empfand sie Ekelgefühle, die sie deutlich als Brechreiz erkannte. Während sie solche Reaktionen produzierte, zeigten auch ihre Träume eine orale Ausdrucksweise, indem sie die ganze Realität als Speisen darstellte, die sie nicht zu sich nehmen konnte. Es war, als behandelte sie die gesamte Wirklichkeit nach dem Vorbild der Brust nach der Entwöhnung, als eine fremde, nicht mehr gewünschte und gehaßte Nahrung. — Eine sonderbare Art der pathologischen Erledigung der Konflikte mit der Realität auf oraler Stufe ergibt auch die Projektion des eigenen oralen Sadismus, deren Vorstufe die Identifizierung mit der introjizierten Mutterbrust bildet. Auf diese Weise entsteht ein besonderer paranoischer Mechanismus, den ich als „oralen Verfolgungswahn" beschrieben habe.[1]

Fragen wir nun nach der Veranlagung, die den geschilderten Störungen zugrunde liegt, so würden wir sie zunächst — in Erwartung weiterer Ergänzungen — am besten so formulieren: Überaus starke Regungen des Es, das ein ungewöhnlich hohes Libidopotential besitzt, Intoleranz Spannungen gegenüber, zähes Festhalten nicht nur an jeder primären Triebtendenz, sondern auch an den primitiven Reaktionsweisen, die am Zusammenstoß zwischen Es und Realität zur Entwicklung gelangen.

Einen neuen Zugang zu diesen ersten Störungen der Aktivität gibt uns die Betrachtung des ursprünglichen Narzißmus. Auch hier stütze ich mich ausschließlich auf das empirische Material von Analysen: der Gegenstand allein trägt Schuld daran, daß die folgenden Ausführungen für den ersten Blick spekulativ scheinen.

Das von Libido strotzende Es des Säuglings gehorcht zunächst uneingeschränkt dem „Nirwanaprinzip". Seine Triebe verfolgen noch keine Zielrichtung nach außen und erstreben einzig und allein Entladung, Abfuhr bis zur Wiederherstellung der ursprünglichen Reizlosigkeit. Die ursprüngliche Vitalität dieser Triebe sowie die Notwendigkeit ihrer sofortigen Abfuhr hängen aufs engste zusammen mit dem Mangel an Bewußtsein, mit dem Fehlen eines die Triebe sondernden und einschränkenden, die Realität vertretenden Ichs. Es gibt ursprünglich weder Ich noch Realität. Dieser Zustand kennt also noch

1) Int. Ztschr. f. Psa., XV, 1929.

keine Schranke, an der sich die eigene Aktivität brechen könnte. Es ist klar, daß wir nur in diesem Sinne von einer „Allmacht des primären Narzißmus" sprechen können. Aus dieser undifferenzierten Einheit scheiden sich dann langsam Ich und Realität. Der Klarheit halber wollen wir diese beiden Entwicklungsprodukte künstlich trennen und gesondert betrachten.

Die Aktivität des Es hat einen stürmischen, unbedingten Charakter. Sie prallt, wie es einer meiner Patienten ausdrückte, von der Realität wie ein Ball von der Wand ab. Sie will alles, und zwar sofort. Das kindliche Es als Erbe des fötalen behält zunächst die Einstellung, als ob es auch alles schon hätte. Die erste durch die Geburt gesetzte Störung sowie die ersten Zusammenstöße mit der Realität durchbrechen diese Einstellung, so daß wir praktisch vorwiegend nicht mehr mit dem Alles-haben, sondern mit dem Alles-haben-wollen zu rechnen haben.

In manchen Fällen von schweren Charakterstörungen sehen wir allerdings auch noch Anzeichen der Fixierung auf der allerprimitivsten Stufe, wenn sie auch selbstverständlich von denen der nächstfolgenden überlagert sind. Eine solche Einstellung ließe sich so formulieren: Ich kann nichts mehr wollen, da ich alles schon habe. Jeder Wunsch würde ein Eingeständnis der Nicht-Allmacht bedeuten. In dieser Schicht ist aber Nicht-Allmacht mit Ohnmacht identisch. Daher pendeln solche Charaktere zwischen diesen beiden Polen des gesättigten und des gestörten Urnarzißmus.

Es ist nicht einfach, aber notwendig, sich über die möglichen Schicksale der Libido auf dieser tiefsten Schichte Rechenschaft zu geben. Denn hier liegen nicht nur die ersten Ansätze der Aktivität, sondern auch schon ihre ersten Störungen.

Die Entstehung des Ichs hat insofern etwas Tragisches in sich, als sie gleichzeitig das Ende des primären Narzißmus bedeutet. Eine sofortige Abfuhr jeglicher Triebspannung ließe sozusagen keine Zeit zum Bewußtwerden übrig. An der von der Realität gesetzten Versagung entzündet sich das Ichbewußtsein. Seine Voraussetzung ist, daß das „Sofort" der Triebabfuhr gestört wird.

Wir sehen also, daß die Entstehung des Ichs mit dem Zeitproblem zusammenhängt, das wir hier kurz streifen müssen. Es ist dies nur scheinbar ein Abweg von unserem Gegenstande, da ja die Zeit das eigentliche Flußbett für jegliche Aktivität bildet. Ursprünglich existiert die Zeit nicht. Nicht nur alles erscheint als gegeben, sondern auch alles mit einem Male. Wird etwas von dieser Einstellung in die späteren Stadien der Entwicklung des Zeitbewußtseins herübergerettet, so entsteht die echt narzißtische Auffassung des

„Sofort oder Niemals". Welche Rolle dieser Einstellung in den Reaktionen der Entmutigung, der Ungeduld, der Spannungsintoleranz zukommt, braucht hier nur angedeutet zu werden. Ist in der ursprünglichen Auffassung alles zeitlos, hat es daher — in der späteren bewußten Ausdrucksweise — „mit allem Zeit", so heißt es in dieser Fassung umgekehrt: Es hat nichts Zeit, es dauert alles zu lange. Wir werden auch sonst auf diesen frühesten Stufen der seelischen Entwicklung solchen dialektischen Gegensätzlichkeiten begegnen.

Aus der Analyse eines schizoiden Charakters — einer Analyse, die, dies sei angesichts der Bedeutsamkeit ihrer Befunde nebenbei bemerkt, von glänzendem therapeutischen Erfolg gekrönt war — will ich einige besonders charakteristische Beispiele für die ursprüngliche Zeitlosigkeit mitteilen. In einer langen Reihe von Träumen gelangten keinerlei Ereignisse zur Darstellung, nichts geschah, es wurden nur Bilder und unbewegliche Szenen produziert. Im Zusammenhange mit dieser auffallenden Eigenschaft seiner Träume führte der Patient folgendes aus: Da er seine Erlebnisse nicht eigentlich „erlebt", sondern bloß registriert hätte, wäre für ihn eigentlich gar nichts geschehen. Der Mangel an innerem Geschehen bedingte ein Ignorieren des äußeren Geschehens und seiner Erscheinungsweise, der Zeit. Er schreitet nicht vorwärts, da er bei seinem scheinbaren Suchen nach einem richtigen Liebesobjekt nur sein verlorenes Urobjekt sucht. Also — wozu vorwärts gehen, wozu die Zeit?

Es sei hier kurz darauf hingewiesen, wie stark in verschiedenen Religionssystemen als Attribut der Gottheit die Zeitlosigkeit betont wird. Man sehe sich daraufhin bloß die Reden Buddhas und die Upanishaden an. Dies sind die besten Spiegelungen der urnarzißtischen Zeitlosigkeit. In allen wahren Mutterleibsphantasien — so auch bei dem erwähnten Patienten — ist es, als stünde die Zeit still. Der Narzißmus des Patienten erfährt hübsche Symbolisierung im folgenden Traume:

Ich befinde mich in einem großen Saal, vom Plafond hängt ein großer Luster herunter, es sind viele Spiegel da, alles glänzt, ich bin allein.

Zu diesem Traum äußert er folgendes: Der große Glanz rühre von der vollständigen Strahlenreflexion her. Die Strahlen seien die Libidobesetzungen, die, ursprünglich nach außen gerichtet, wieder zu seiner Person zurückkehren. Es sei wie in einem chemischen System, in dem alle Prozesse reversibel sind, das heißt zugleich nach der entgegengesetzten Richtung hin verlaufen, und in dem aus diesem Grunde nichts geschehe.

In der Tat können wir sagen, daß das ganze Gehaben des Patienten von dem Leitmotiv beherrscht erscheint, es möge so wenig wie möglich an und mit ihm geschehen. Ob es nun um eine ernste Arbeit geht, oder ob es gilt, einen

Brief in den Briefkasten einzustecken, alle Tätigkeit sucht er zu vermeiden. Jedes Tun ist eine Veränderung an seinem narzißtischen System, das er peinlich aufrechtzuerhalten bestrebt ist.

Daher rührt es auch, daß er nichts verstehen und keinerlei Entwicklung wahrhaben will. Alles soll mit einem Schlage da sein. Solche Einstellung macht natürlich jedes konsequente Streben zunichte. Sie fand ihren Ausdruck in seinen tief verdrängten infantilen Sexualtheorien. Er stellte sich vor, daß aus einem Kind nur mit einem Schlage ein Erwachsener werden kann, was aber von der Gnade des Vaters abhängt. Wird er von ihm nicht begünstigt, dann kann er überhaupt nicht erwachsen werden. Er sei aus dem Vater hervorgegangen, und da jeder Mensch in zwei Varietäten existiere, einer großen und einer kleinen, und der Vater die große repräsentiere, müsse er in der kleinen stecken bleiben. Da somit Kraft und Reife für den Vater reserviert bleiben, so kann der Patient es zu nichts bringen, und jede Mühe ist vergebens. Auch aus diesem Grunde darf er die narzißtische Position um keinen Preis aufgeben.

Die Spuren dieser ersten Stadien des Zeitbewußtseins finden sich sowohl in Störungen des Zeitgefühls, wie sie bei verschiedenen Psychoneurosen vorkommen, als auch in verschiedenen philosophischen Fassungen des Zeitbegriffes. Wir können hier aber diesen Dingen nicht nachgehen.

Nach diesem Exkurs über die Zeit kehren wir zu den Schicksalen des primären Narzißmus sowie der ersten narzißtischen Aktivität zurück.

Mit der Entstehung des Ichs stehen sich also zum erstenmal Ich und Nicht-Ich (Welt) gegenüber. Die Existenz des Nicht-Ichs schmälert die ursprüngliche Allmacht, die sich mit ihr auseinandersetzen muß. Das erste Wollen — die erste Aktivität — ist beseelt vom Prinzip des „Alles oder Nichts". Die sich hier ergebenden ersten Antinomien wurden von einem Patienten sehr richtig folgendermaßen formuliert: Als erste: „Ich will alles (tun und haben), ich kann aber gar nichts wollen, da ich vollkommen bin, also schon von vornherein alles habe." Als zweite: „Ich will nicht e t w a s, da ich alles habe oder will". Und als Gegensatz zu diesen Sätzen: „Ich will etwas, also habe ich nicht alles" und: „Ich will nicht e t w a s, dann bekomme ich noch alles."

Der Konflikt zwischen der ursprünglichen Allmacht und der Erkenntnis der Realität wird zu einer grundlegenden Angstquelle. Zwei entgegengesetzte Positionen sind hier möglich. Das junge Ich — dem Es noch ganz nahe — will entweder die Wirklichkeit nicht gelten lassen, es will sie als einen störenden Reiz beseitigen. Dies ist der erste Haß, der erste Sadismus. Oder aber es unterwirft sich dieser Notwendigkeit mit dem schmerzhaften Gefühl

des Nicht-anders-Könnens. Dies ist der erste Funke von Masochismus. Die Erfahrung lehrt, daß selten nur eine dieser beiden Positionen gewählt wird, zumeist bestehen alle beide zu Recht, wobei nur eine überwiegt.

Aus dem Gesagten folgt von selbst, daß die erste Aktivität, die dem Ich entströmt, eher gegen die Realität als zur Realität hin gerichtet ist. Sie ist eher destruktiv als aufbauend, verneinend als bejahend[2].

Diese Deduktion wird durch die Erfahrung vollauf bestätigt, und zwar auf mannigfachen Gebieten sowohl der unmittelbaren als auch der psychoanalytischen Beobachtung. Dreierlei wollen wir hier hervorheben: Beobachtung von Kindern, charakterologische Befunde und die Analyse der Depersonalisation.

Die Kinderbeobachtung zeigt zunächst, daß die Schübe starker ungeordneter Aktivität in frühen Kinderjahren einen deutlich destruktiven Charakter haben. Außerdem wird ihr ein besonderes Gepräge durch die außerordentlich starke Tendenz zur Ablehnung von allem Neuen verliehen. So kommt es, daß Stürme von primitiver kindlicher Aktivität so eng mit den sogenannten „Trotzkrisen" (B e n j a m i n) verbunden sind. Dieser M i s o n e i s m u s des Kleinkindes — neben dem übrigens auch starke (meist orale) Sucht nach neuen Eindrücken bestehen mag — wiederholt sich oder bleibt zeitlebens erhalten bei gewissen Charaktertypen. Ein Stück davon, das man „psychische Trägheit" nennen könnte, ist ein wesentlicher Zug jeder menschlichen Psyche. Dieser Zug ist also bereits auf der Stufe der ersten Entstehung von Ich und Realität fundiert.

Was lehrt uns in dieser Hinsicht das Studium der Charaktere? Wir sehen, daß stark narzißtische Menschen besonders stark alles Neue, jede Änderung ablehnen, auch wenn sie von ihr Gutes zu gewärtigen hätten. Werden sie aber gezwungen, etwas Neues anzunehmen, so weisen sie in dem Verhältnis zu diesem Neuen meist destruktive Züge auf. Es ist, als störe sie zum Beispiel die Schönheit der Geliebten und als strebten sie danach, die psychische Last dieser Realität zu zerstören, um sie loszuwerden (also nicht nur, wie in der bisherigen Auffassung, um sie auf diese Weise ganz in Besitz zu nehmen). Es ist dies, wenn auch in einem anderen Sinne, das „da du schön bist, muß ich dich zerstören" des D e h m e l schen Gedichtes. Wir sehen auch nicht so selten, daß kleine Kinder das von ihnen geliebteste Spielzeug bald zerstören. Ist dann ein solches Spielzeug mehr oder weniger zugrunde gerichtet, dann hängen sie daran mit besonderer Liebe — ein Analogon zu manchen Beziehungen im Bereiche des Liebeslebens. Noch eine wichtige charakterologische

2) Vgl. F r e u d : Triebe und Triebschicksale. Ges. Schr., Bd. V.

Eigenschaft hängt mit der ganzen hier umrissenen Konstellation zusammen. Es ist dies die von mir so genannte „erschwerte Schaltungsfähigkeit": Ablehnung gegen das Neue und Festhalten an schon Gegegebenem führen zur Erschwerung der so wichtigen Funktion der Umstellung oder Umschaltung.

Wenden wir uns nunmehr zu den Befunden, die wir der Analyse der Depersonalisation verdanken, so wollen wir zugleich Beobachtungen vermerken, die in der bisherigen psychoanalytischen Bearbeitung des Gegenstandes nicht genügend zur Geltung kamen.

Wir finden hier deutliches Vorherrschen destruktiver Tendenzen in der Beziehung zur Realität. Diese Tendenzen sind es zum Teil, die im Kampfe mit den bejahend-zustimmenden die Veränderungen der Libidobesetzungen der Realität bedingen, die dem Verlust ihres Wirklichkeitswertes zugrunde liegen. Dieselben Tendenzen sind es dann auch, die während der analytischen Kur unseren therapeutischen Bemühungen den stärksten Widerstand entgegensetzen. In tiefster Schicht erweist es sich, daß diese Art negativer Beziehung zur Realität aus der Zeit der Entstehung der Realität überhaupt stammt und daß somit das klinische Bild zum großen Teile durch eine Regression auf diese primitive Einstellung bedingt ist.

Zur Illustration führe ich Fragmente aus der Analyse der früher erwähnten Patientin an. Schon vor der Erkrankung spürte sie (nach ihrer eigenen Bezeichnung) starke „nihilistische" Tendenzen, die sich unter anderem in ihrer Vorliebe für manches „Russische" — den russischen Nihilismus, die Steppen, das russische „*niczewo*" usw. — äußerten. Sie fühlte, daß sie sich selbst zerstören, sich auflösen wollte. Als Reaktion darauf bildete sich in ihr der Wunsch danach, irgendwo gut aufgehoben, im häuslichen Nest geborgen zu sein. Was ihre Beziehung zur Realität anbelangt, so verspürte sie seit jeher eine Unlust, alles von außen Gegebene, nicht durch sie selbst Gemachte gelten zu lassen. Dies kam unter anderem im Fragezwang, Grübel- und Zweifelsucht zum Ausdruck. Sie grübelte besonders über ihr eigenes, von ihr nicht „gemachtes" Körperinnere. Das erreichte seinen Höhepunkt, als sie einmal einen Bandwurm hatte, und wiederholte sich dann während ihrer Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt ihres Kindes.

Auf dem Höhepunkt der Erkrankung empfand die Patientin heftigen Zorn, wenn jemand tat, als nehme sie ihn ernst, als halte sie ihn für wirklich. Sie verspürte dann starke Lust, den Betreffenden zu verprügeln. Dasselbe empfand sie in der Übertragung gegenüber dem Analytiker; sie versuchte ihn und seine Bemühungen in ihren Träumen klein zu machen und zu verhöhnen. Diese Erscheinungen mußten dem ganzen Zusammenhange nach

so gedeutet werden, daß ihre destruktiven Tendenzen, nachdem die Analyse ihre Depersonalisation als ein Bestreben, die Realität zu verleugnen, nachgewiesen hatte, eine andere Entladung suchten.

Von besonderem Interesse schien folgende Mitteilung: Als es gelang, der Patientin ihre ganze Ablehnung der Realität bewußt zu machen, erklärte sie, sie sehe mich schon als einen wirklichen Menschen, aber nur dann, wenn ich mich in der Peripherie ihres Gesichtsfeldes befinde. Ähnlich habe sie es im Beginn der Erkrankung empfunden; fixierte sie die Beine eines Menschen, so erschien er ihr als wirklich, kam sie aber mit ihren Blicken zu seinem Gesicht, so war er ohne Realität. Die Patientin erläuterte diesen Sachverhalt als ein Ergebnis des Konfliktes zwischen der Tendenz zur Verleugnung und der zur Anerkennung der Realität. Es ist, sagte sie, wie wenn zwei Züge auf einem Geleise gegeneinanderrasen. Wendet sie ihren Blick unmittelbar auf das Objekt, so wird die Tendenz, es als wirklich anzuerkennen, sofort von der entgegengesetzten erreicht und zunichte gemacht; an der Peripherie hingegen vermag der Zug des Anerkennens eine Zeitlang ungestört zu bestehen.

Die Betrachtung der Depersonalisation gibt uns Veranlassung, die ersten Beziehungen zwischen dem aktiven Es (bezw. Ich) und der Realität nunmehr von der Seite der letzteren zu studieren.

Ein leicht depersonalisierter Patient, dem seine eigene Stimme fremd erschien, der seine eigenen Bewegungen und Gesten verfolgte, als wäre er ein anderer, der manchmal fürchtete, daß für ihn plötzlich alles zu existieren aufhören könnte, erkannte in der Analyse, daß diese Einstellung der eines kleinen Kindes oder gar Säuglings ähnlich sein müßte, dem die Realität eine unheimliche Neuheit ist, von der er widerwillig Kenntnis nehmen muß. Und es scheint, daß er recht hatte. Die Analyse schizoider Charaktere mit stark narzißtischer Fixierung erweist zur Genüge, daß diese Beziehung zur Realität durchaus die ursprüngliche, primäre ist. Solche Menschen wandeln in dieser Welt, als ginge sie ihnen nicht nahe genug, um für sie wirkliches Interesse aufbringen zu können; sie fühlen sich fremd und sehen die Welt als eine fremde an.

Die Erkenntnis der Realität und die mit ihr verbundene Entstehung des Ichs zerreißt das ursprüngliche geschlossene System. Es gibt nun tatsächlich Menschen, die sich gegen diese Zerreißung derart sträuben, daß sie sie gar nicht in vollem Umfange vornehmen, daß sie ein eigentliches Ich mit voller Aktivität gar nicht zur Gänze ausbilden, und daß für sie die gesamte Realität nicht vollauf existiert. Einer meiner Patienten erklärte im Zusammenhang mit einer Geburtsphantasie: Da er eigentlich noch nicht geboren sei, so sehe er

alles als ein Provisorium an. Die Gegenstände existieren für ihn noch nicht. Sein Bewußtsein, das heißt dessen aktiv fühlender Teil, sei noch nicht genügend geboren. Es ist, als ob das Erleben bei der Geburt nicht stattgefunden habe und jetzt nachgeholt werden müßte. Es zeigt sich, daß erst die Beleuchtung der Welt der Gegenstände mit Strahlen der auf sie gerichteten Libido die Unterscheidung von verschiedenen Objekten und Objektgruppen ermöglicht. Diese Unterscheidung geht selbstverständlich auch Hand in Hand mit der Entwicklung der Tätigkeit der Sinnesorgane, sie ist aber nicht ausschließlich von ihr abhängig. Bei intakten Sinnesorganen, aber mangelhafter libidinöser Besetzung fehlt nicht nur die genügende Anerkennung der Objekte, sondern diese selbst heben sich voneinander nicht gut ab. Bei einer solchen Fixierung erscheint die Welt uniform, eintönig, grau, kein Wesen und kein Interesse bedeutsamer als irgendein anderes.

Eine weniger starke, jedenfalls zunächst weniger manifeste Fixierung wird erst durch einen Regressionsvorgang zutage treten. In solchen Fällen genügt eine mehr oder weniger erhebliche Enttäuschung im Leben, um die reiche affektive Schattierung des Weltbildes vorübergehend zu zerstören.

Die Konflikte aus der Zeit der Realitätsentstehung spiegeln sich aber auch noch in anderer Weise in späteren Charaktereigenheiten wider, wenn sie auch durch Mechanismen, die aus späteren Zeitperioden stammen (Partialtriebe, Ödipuskomplex), verdeckt sind.

Bildet schon die Anerkennung der äußeren Realität an und für sich eine Schmälerung der ursprünglichen Allmacht, so kommt noch hinzu, daß das Ich sich von dieser Realität bedroht fühlen muß, da es, seine Abhängigkeit von ihr erkennend, von der Allmacht direkt in die äußerste Ohnmacht pendelt. Hier schon etabliert sich jene Reaktionsweise, die für manche neurotische Charaktere so bezeichnend erscheint, daß sie nämlich nur ein Entweder-Oder kennen; falls ihnen eine Aufgabe nicht auf den ersten Anhieb hin vollständig gelingt, verlieren sie jegliche Lust zu weiteren Anstrengungen und protestieren mit ihrem ganzen Gehaben gegen die feindliche Außenwelt. Da aber bekanntlich in der Regel kein Gipfel sofort und mühelos erreicht werden kann, ist es selbstverständlich, daß solche Menschen trotz größter Begabung und verborgener, zum Teil verdrängter, Sehnsucht nach Aktivität von ständiger Unlust erfüllt sind und es zu keiner Erfüllung bringen können. Sie glauben an keinen Fortschritt, wenigstens was sie selbst anbelangt, und jegliches Unternehmen, alles Beginnen wird ihnen an der Wurzel vergiftet.

Wir wollen diese ältesten Hemmungen der Aktivität in ihren zwei wich-

tigsten Auswirkungen, der intellektuellen und der sexuellen, verfolgen.

Der größeren Klarheit halber will ich dabei die primitivsten Grundlagen dieser Hemmungen gesondert von allen späteren betrachten. Es versteht sich von selbst, daß diese Sonderung ihrem Wesen nach zu einer gekünstelten Darstellung führen muß, denn frühere und spätere Fixierungen verflechten sich aufs engste miteinander. Immerhin sind Einstellungen aus der Zeit der Konflikte des primären Narzißmus und der Ichbildung auch noch in der Denktätigkeit wirksam, insoferne diese ihre libidinösen Zuschüsse aus eben diesen frühen Stadien der Entwicklung bezieht.

Durch die Verbindung von Gedanken entsteht ein neuer Gedanke; somit willigt der Denkende ein, daß durch sein Tun etwas Neues zustande komme; dieses Zugeständnis ist aber gleichbedeutend mit der Anerkennung der Unvollkommenheit des schon vorher Vorhandenen, Gegebenen, es bedeutet somit eine Schmälerung der ursprünglichen Allmacht. Außerdem erfordert die Freizügigkeit der Denkoperationen die Anerkennung derjenigen Elemente der Wirklichkeit, auf welche sich dieses Denken bezieht, und ihrer Eigengesetzlichkeit; das Denken verlangt, wie sich einer meiner Patienten ausdrückte, eine gewisse Demut vor der Realität. Diese Position erzeugt aber Angst vor dem Übermächtigwerden dieser Realität, falls man sie anerkennt. Es ist das jenes neurotische Pendeln zwischen der narzißtischen Allmacht und der absoluten Ohnmacht, von dem wir schon gesprochen haben. Die Unmöglichkeit, zwei Gedanken zu verknüpfen, stellt sich auch dar als Widerspiegelung des Abgrundes zwischen Ich und Nicht-Ich. Überbrückt man denkend diesen Abgrund, dann heißt das wiederum, daß man das Ich-Jenseitige anerkenne, und es droht die Gefahr, daß man sich ihm wird ergeben müssen.

Ein anderes bedeutsames Moment, dem wir bei der Analyse der intelektuellen Hemmungen der narzißtischen Charaktere begegnen, ist in der Gleichsetzung von eigenem Denken und Wirklichkeit gegeben. Entschließt sich schon ein solcher Mensch zur Fassung eines eigenen, wenn auch nur scheinbar selbständigen Gedankens, so fällt es ihm außerordentlich schwer, diesen Gedanken der Realitätsprüfung zu unterziehen, ihn der Wirklichkeit gemäß zu korrigieren. Jeder Gedanke ist getragen von einer tiefen, sozusagen apriorischen Überzeugung von seiner Richtigkeit. Einer meiner Patienten glaubte immer bei seinem ersten Vorhaben beharren zu müssen, auch wenn die Wirklichkeit ihm Unrecht gab; er dachte eben: „Und doch muß mein erster Plan, meine erste Idee richtig sein, es muß so sein oder so werden, wie ich es mir beim ersten Male vorgestellt habe!“ In dieser Überzeugung von der Überein-

stimmung des ersten Gedankens mit der Wirklichkeit zeigt sich die starke narzißtische Fixierung. Die Auffassung, daß es immer gelingen muß, mit dem ersten Gedanken die Wirklichkeit zu erfassen, entspricht der früheren Undifferenziertheit zwischen Es und Umwelt.

Die hemmende Wirkung all dieser Momente liegt klar zutage. Sie sind in der Regel von in späterer Zeit wurzelnden Hemmungen prägenitaler und genitaler Herkunft überbaut, von denen die aus der Zeit der Erledigung des Ödipuskomplexes stammenden besonders eingehend studiert sind.

Die narzißtischen Hemmungen der sexuellen Aktivität sind gut studiert und vielfach beschrieben, so daß ich mich mit einigen besonders interessanten Beispielen bescheiden werde.

Wir sehen hier ganz analoge Verhältnisse wie auf dem Gebiete der intellektuellen Tätigkeit. Man pendelt zwischen dem Gedanken an die Allmacht, das heißt hier an eine Überpotenz, und der Furcht vor einer völligen Impotenz hin und her. Die Zulassung einer Sexualanstrengung würde schon die Anerkennung der Nicht-Allmacht bedeuten, die Allmacht schmälern, desgleichen die Duldung der vollen orgastischen Befriedigung mittels eines realen Objektes. Außerdem will ein solcher Charakter nichts von sich hergeben, die eigene Energie soll innerhalb der eigenen Person verbleiben, gleichsam im Kreise wandeln.

Das volle Sexualerleben fordert die Anerkennung des Partners, somit eines Stückes äußerer Realität. Läßt man seinen Trieb gelten, dann begibt man sich in gefährliche Abhängigkeit von der Objektwelt, man läuft Gefahr, seine Selbstgenügsamkeit aufzugeben.

Bei stark ausgeprägter primär-narzißtischer Fixierung erscheint schließlich jegliche Aktivität, gleich, ob praktische, intellektuelle oder sexuelle, als eine Störung der seligen Ursituation. Das Nirwanaprinzip, das baldigste Aufhebung jeder Gleichgewichtsstörung verlangt, herrscht uneingeschränkter und deutlicher als bei anderen Menschen. Betätigt man sich überhaupt, so fordert man sofortige und absolute Erfüllung. Das Bewußtsein der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit einer solchen Erfüllung hemmt dann jede Aktivität und läßt sie von vornherein als wertlos erscheinen.

So berichtet ein Patient, er habe immer wie auf ein Wunder darauf gewartet, daß er mit einem Male und ohne Anstrengungen der Werbung ein vollkommenes Liebesobjekt finde, damit es keine Leere im Übergang gebe und er gleich eine ebenso vollständige Befriedigung wie die bisherige narzißtische habe. Auch in seinem Verhalten zur Arbeit wollte er mit einem Schlage volle Befriedigung und vollen Erfolg erlangen. Es war ihm ganz unmöglich, die

Übergangsphasen einer Tätigkeit oder eines Strebens mit Libido zu besetzen, so daß er starke Widerstände gegen jedes konsequente planmäßige Streben hatte. Sein Liebesideal gestaltete sich dementsprechend in charakteristischer Weise. Eine Liebesbeziehung — schien es ihm — muß natürlich mit einem Male die höchste Harmonie bringen, die Geliebte muß alle seine Wünsche und Gedanken erraten, so daß er eigentlich nichts mehr wünschen muß. Da keine Frau diese Forderungen erfüllen kann, zog er sich von jeder realen Liebesbeziehung zurück.

Betrachten wir den weiteren Aufbau der primitiven Aktivität, so sehen wir, wie sie sowohl von der Entwicklung der Triebe als auch von der des primitiven Ichs abhängt. Diese doppelte Bestimmtheit beruht auf der Korrelation, die zwischen der Triebentwicklung und der Entfaltung der Wirklichkeitserfassung durch das Ich besteht. Verfolgen wir zunächst die pathologischen Schicksale der destruktiven Bestandteile der frühen Aktivität. Die primären Triebe des kindlichen Es stoßen sich an den Versagungen der Realität. Einer meiner Patienten meinte, er fühle sich wie in einem Käfig. Mit dem Auftauchen der Objektvorstellungen wendet sich sofort auch der Destruktionstrieb gegen die Objekte und will sie sich einverleiben, gleichsam den Zustand des primären In-sich-selbst-Ruhens wiederherstellen. Der unvermeidliche Widerstand der Realität wird als ein böswilliges Hindernis empfunden. In dieser Empfindung liegt die erste Projektion, nämlich die erste Beseelung der Außenwelt. Diese Vorgänge sind an sich normal und werden erst bei entsprechender Intensität der hier untergebrachten Libidoquanten pathologisch. Es ist klar, daß wir sie eher im letzten Falle deutlich machen können; wir müssen dann *per analogiam* auf die normalen Entwicklungsvorgänge schließen.

In dem Widerstand der Realität wird also zunächst der Ausdruck gleichsam eines schlechten Willens erblickt und endlich wird der eigene unbändige Destruktionstrieb der Außenwelt zugeschrieben. Es ist nur zu begreiflich, daß es die Eltern (Erziehungspersonen) sind, die als schon an sich machtvolle Vertreter der versagenden Außenwelt auch Objekte dieser Projektion werden. Dieser in die Realität projizierten Aggression gilt dann die Angst des Kindes. Das gibt eine weitere Grundlage ab für die beschriebene Einstellung zur Realität, die, voll von Trotz und Angst, zwischen triebhafter Allmacht und blitzartig entstehender Ohnmacht hin und her pendelt.

Die triebhafte Allmacht entspricht dabei dem Zurückgreifen auf die primitivste, nicht voll überwundene Form der Aktivität aus der Zeit vor der Existenz der Realität und ist gefärbt von dem narzißtischen „Alles-oder-

Nichts-" und „Sofort-oder-Niemals-Prinzip". Angst entsteht, wenn dieses primitive Wollen mit dem Widerstand der Realität in Konflikt gerät. Sie kann bei leisesten Schwierigkeiten ausgelöst werden und jede weitere Aktivität mit einem Schlage brachlegen; das Kind fürchtet von der Realität das zu erleiden, was es mit ihr selbst vorhatte.

Noch ein Wort zur Frage des triebhaften Wollens. Bei früh Fixierten vermag es die höheren Schichten, das wirkliche Wollen, in ungünstigster Weise zu färben. Wir könnten diesen Zustand als die „Fixierung des Willens im Stadium der Instinkte" bezeichnen. Diese Einstellung schildert ein Patient folgendermaßen: „Ich schlage mich selbst gegen eine Wand; meine Impulse sind starr, unplastisch, ich schlage mit Armen und Beinen, als wollte ich — ohne es zu können — aus dem Wasser heraus. Seit Jahren schlage ich mich so an einem Ort herum und habe nichts, woran ich mich halten könnte."

Betrachten wir jetzt die weiteren Schicksale der Projektion im Zusammenhange mit der Einstellung zur Realität. Die Aktivität der Erziehungspersonen erscheint durch sie als eine besonders gewalttätige. Durch Introjektionsvorgänge werden dann die sadistisch besetzten Objektvorstellungen wieder einverleibt, was die fürchterlichen Strafvorstellungen der kleinen Kinder erklärt. Dies schafft die ersten Ansätze zur Über-Ich-Bildung, zur Schaffung einer triebfeindlichen psychischen Instanz. So entsteht eine wahrhaft tragische Spaltung innerhalb des kindlichen Ichs, eine Unterlage für die späteren, das seelische Leben zerreißenden Gegensätze. Wir begreifen: Jedes spätere Tun, jede spätere Aktivität, setzt je nach der Stärke der primitiven Fixierung in sehr verschiedenem Grade dieselben Widerstände in Gang, erhöht damit die Schwierigkeiten und vertieft die Spaltung im Ich. Wir erblicken hier Konflikte zwischen Trieb und Angst, bezw. Schuldgefühl, die schon in der Zeit vor dem Ödipuskomplex sich etablieren und die die tiefste Basis der Konflikte aus der Zeit des Unterganges des Ödipuskomplexes abgeben. Mein erwähnter Patient war ein Vorbild für solche tiefsten Hemmungen der Aktivität, die sich bei ihm vor allem auf dem intellektuellen Gebiete geltend machten.

Wir verstehen jetzt die Vorgänge bei den geschilderten narzißtischen, früh fixierten Typen besser: Infolge von Unlust, die durch Störung der primären Allmacht einerseits, infolge von Unmöglichkeit der völligen Triebabfuhr anderseits entsteht, sodann infolge von sich durch Rück-Introjektion zuerst projizierter Destruktionsneigungen zeitig meldenden Schuldgefühlen wird die Aktivität schon in diesen frühesten Stadien aufgegeben oder eingeschränkt. Um so lebhafter wird — als Kontrast — die Eigenaktivität der Wirklichkeit

empfunden (Projektion). Ihr Anprall wird als Drohung, als Gewalt angesehen. „Ich betrachte die Wirklichkeit", sagte mein Patient, „als einen Mann, der sich mir mit Gewalt aufdrängt." Daß diese Metapher auch durch den späteren Ödipuskonflikt gefärbt war, ist ohne weiteres einleuchtend.

Die solcher Einstellung entsprechende Abwendung von Realität und Aktivität kann verschiedene Wege einschlagen. Die Neigung, statt progressiv die Realität zu erobern, regressiv die ursprüngliche Einheit wieder anzustreben, kann z. B. auf intellektuellem Gebiete zu ausschließlicher Intuition oder metaphysischer Spekulation führen. Die rückläufige Strecke vom Ich zu dem von der Umwelt ungeschiedenen Ur-Es erscheint viel kürzer und unvergleichlich verlockender als der unendliche Weg vorwärts.

Im weiteren Verlauf der Libidoentwicklung bilden sich bekanntlich die Objekttriebe aus. Das normale Kind wendet sich der ursprünglich feindlichen Objektwelt schließlich freundlich zu, um mit ihrer Hilfe zur Befriedigung zu gelangen. Die Aktivität nimmt die Form von auf Objekte gerichteten Triebhandlungen an. Jeder objektgerichtete Partialtrieb entwickelt eine seiner Eigenart entsprechende Form der Aktivität, jede Verdrängung eines solchen Partialtriebes kann unter Umständen zu besonderen Aktivitätshemmungen führen. So lassen anale und urethrale Tätigkeit das Kind verschiedene Elemente der Aktivität erleben, die für spätere Aktivität vorbildlich werden. Es sind dies die Anstrengung, die Konzentration, die Selbstbeherrschung, die Anpassung an die Zeit. Die Lehre vom Analcharakter hat hier das Wesentliche zusammengefaßt.[3] Wir wollen nur noch einiges ergänzend bemerken.

Eine wichtige Gefahr liegt in der Gleichsetzung der Vorstellungen „Anstrengung" und „Unterwerfung unter fremde Autorität". Bei entsprechender Veranlagung des Kindes und der Erziehungsperson ist es leicht möglich, daß dem Kinde jeder Fortschritt in der Regelung der Exkretionsvorgänge als von außen aufgezwungen erscheint. Es sträubt sich dagegen und lernt so, jede Anstrengung als etwas Aufgedrängtes und Abzulehnendes anzusehen. Eine andere Hemmung erfließt aus der magischen Bedeutung der frühen Triebhandlungen; wird nämlich in dem Exkretionsvorgang die primäre Allmacht — vor allem in destruktivem Sinne — konzentriert, so kommt als Gegenstück die Angst vor dem Mißlingen und vor der Abwehr der Realität, die man auf diese Weise bedroht. Schizoide Charaktere mit starken intellektuellen

3) Vgl. Freud: Charakter und Analerotik, Ges. Schr., Bd. V, Über einige Triebumsetzungen insbesondere der Analerotik, Ges. Schr., Bd. V. Jones: Über analerotische Charakterzüge, Int., Ztschr. f. PsA., V, 1919. Abraham: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung.

Hemmungen regredieren in ihrer Aktivität auf diese Stufen, und ihre Anstrengung bricht sich an den hier verwurzelten Widerständen.

Wir sehen also, daß die frühesten Energiequellen der Aktivität zugleich Momente der größten Gefahr in sich bergen.

Unsere Betrachtungen vermochten zwei grundlegende menschliche Verhaltungsweisen dem Verständnis näher zu bringen, die als Reaktionen auf neuartige, unliebsame Vorgänge in der Außenwelt auftreten. Die eine ist erbitterte Wut, die das Neue, den Trieben Zuwiderlaufende am liebsten sofort zerstören möchte. Eine andere Reaktion besteht in der Abwendung und Leugnung. Das Peinliche wird entweder vom Bewußtsein ganz ausgeschaltet, verdrängt — oder aber es wird seine Realität bezweifelt, gleichsam in Klammern gesetzt. Es ist zwar da, wird aber nicht als voll existierend hingenommen. Bei entsprechend Veranlagten kann sich diese „Einklammerung" auf ganze Bereiche der Wirklichkeit erstrecken, ja sie kann zur Entfremdung der ganzen Realität führen.

Die allgemeine Verbreitung der erwähnten Reaktionen, die ja bei jedem in kleinerem oder größerem Ausmaße anzutreffen sind, beruht darauf, daß auch die hier zugrunde liegenden Fixierungen bei jedermann, nur in verschiedenem Ausmaß, vorhanden sind. Diese Allgemeingültigkeit ist es auch, die auf dieser Basis gewisse kulturspychologische Erscheinungen von nahezu unbegrenzter Dauer hervortreten läßt.

In den meisten großen metaphysischen Systemen und in manchen Religionen wird die Realität der Außenwelt in Frage gestellt, und diese Fraglichkeit oft mit künstlichen Deduktionen demonstriert. Dieser Verachtung für die Sinnenwelt, die als Trug, „Schleier der Maya" usw. hingestellt wird, liegt die primär-narzißtische Einstellung zugrunde, in der die Wirklichkeit noch nicht anerkannt wurde. Was das Es von außen vorgesetzt bekommt, ohne dabei das Gefühl eigener Aktivität zu verspüren, das will es eben nicht gelten lassen. Darin wurzeln u. a. wohl die Systeme des magischen Idealismus, wie das von F i c h t e, die die Realität erst aus dem aktiven Ich hervorgehen lassen. Im wissenschaftlichen Denken bekundet sich diese Einstellung, wenn die mathematische Erfassung der Welt als das Forschungsideal hingestellt wird. J a e n s c h spricht mit Recht von dem in der Wissenschaft vorherrschenden kartesianischen Denktypus mit seinem Übergewicht der Subjekts- und Aktivitätskomponente in dem Kohärenzverhältnis von Mensch und Welt.[4] Im Grunde zielt dieses Bestreben auf Zerstörung der Realität, die in einfache Formeln aufgelöst wird. Diese Tendenz des philosophischen und

4) Grundformen des menschlichen Seins.

mathematisch-wissenschaftlichen Denkens wurde in klassischer Weise von Meyerson in seiner „Identité et Realité" dargetan.

Es ist überaus bedeutsam, daß in gleicher Richtung die Tendenzen des modernen Menschen konvergieren, der die Welt ja ebenfalls nicht als etwas Gegebenes hinnehmen — geschweige denn „lieben" —, sondern überall selbst eingreifen und gestalten will. Soweit diese Tendenzen von primärer Destruktion genügend frei sind, können sie schöpferisch wirken, ansonsten müssen sie letzten Endes ihren zerstörenden Urquell offenbaren und den Menschen seiner Welt entfremden, denn in einer auf solche Weise vom projizierten Destruktionstrieb durchsetzten Welt kann sich der Mensch unmöglich glücklich fühlen, da er eine solche Welt nicht lieben kann.

Zur Ätiologie der Sucht

Von

Edward Glover

London

(Übersetzt von M. Schmideberg [1])

Das Studium der psychoanalytischen Ansichten über den Alkoholismus und andere Süchte zeigt, so scheint es mir, sehr klar die verschiedenen Tendenzen, die jeweilig in der psychoanalytischen Lehre und Forschung vorherrschten. Es wäre verzeihlich, wenn diejenigen, deren Interesse an der Psychoanalyse verhältnismäßig neuen Datums ist, also etwa auf das Erscheinen von „Jenseits des Lustprinzips" zurückgeht, meinten, daß der Sadismus und die aggressiven Triebregungen neue Entdeckungen seien. Diese Ansicht ist nicht ganz ungerechtfertigt; die vom weiteren historischen Standpunkt aus betriebene Lektüre der psychoanalytischen Deutungen zeigt, daß das Moment des Sadismus zwar auch in früheren Zeiten anerkannt wurde, daß aber seine Bedeutung als ätiologischer Faktor zufolge einer gewissen Voreingenommenheit zugunsten der vorwiegend libidinösen Faktoren doch nicht genügend gewürdigt wurde. Man darf wohl heute die Psychoanalytiker mit einem gewissen Recht in zwei Gruppen einteilen; in jene, die — wenn man so sagen darf — mit der Lehre des Sadismus aufgewachsen sind, und in jene, die noch stärker unter dem Einfluß der früheren Entdeckungen über die Verzweigungen der rein libidinösen Regungen und die Wirkungen der libidinösen Entbehrungen stehen.

Es ist nun interessant festzustellen, daß die erste Phase der Erforschung der Sucht in eine Periode fiel, in der die psychoanalytische Forschung mehr oder minder auf ein Ziel gerichtet war. Die Psychoanalyse ging das Problem der

---

1) Diese Übersetzung stellt eine verkürzte Fassung der im „International Journal of Psycho-Analysis", 1932, Vol. XIII, P. 3, erschienenen Arbeit „On the Aetiology of Drug-Addiction" dar. Ich verweise den Leser bezüglich weiterer Einzelheiten sowie des Literaturnachweises auf die Originalarbeit.

Sucht mit den an den Übertragungsneurosen gewonnenen Erfahrungen an. Sie hielt sich dabei genau an die Feststellungen über die libidinösen Störungen, insbesondere über die der phallischen Phase entspringende Kastrationsangst. Das Ergebnis dieser Bemühungen war die klassische Rekonstruktion der psychischen Entwicklung, wie sie ursprünglich von Abraham skizziert und dann von anderen Forschern Stück für Stück ergänzt wurde. Es ist wohl nicht nötig, diese Ergebnisse in allen Einzelheiten aufzuzählen. Es mag genügen, daran zu erinnern, daß auf folgende Momente Nachdruck gelegt wurde: auf die Fixierung der Libido an die orale oder anale Stufe, auf die verhältnismäßige Schwäche der erwachsenen heterosexuellen Regungen, auf die Wichtigkeit der unbewußten Homosexualität, auf die symbolische Bedeutung des Alkohols und anderer Suchtmittel als Darstellungen der männlichen Zeugungskraft (Vater = Gott), auf den sekundären Zusammenbruch der Sublimierungen und auf die zunächst in der Impotenz und später in körperlichem und geistigem Verfall sich äußernde symbolische Kastration.

Selbst diese kurze Aufzählung zeigt in unmißverständlicher Weise, daß die Betonung auf das libidinöse Element gelegt wurde. Aber eine zweite, nicht minder wichtige Tendenz kann leicht unserer Aufmerksamkeit entgehen. Die Versuche, die Probleme der Sucht anzugehen, waren (und sind auch noch heute) weitgehend von der Vorstellung der Regression beeinflußt. Die entgegengesetzte Auffassung von einer Progression in den pathologischen Zuständen ist nie im gleichen Ausmaße angewendet worden. Die Auffassung einer Progression sieht in den pathologischen Zuständen die Übertreibung „normaler", der Angstbewältigung dienender Zustände und bringt diese in eine ungefähre Aufeinanderfolge. Die Auffassung einer Progression ist bekanntlich implicite in Freuds ursprünglicher Ansicht über die paranoide Symptombildung enthalten, nämlich, daß diese schon einen Fortschritt den ihr zugrunde liegenden unbewußten Vorgängen gegenüber bildet, insoferne als sie nicht nur eine Art Realitätsersatz darstellt, sondern auch eine Schutzmaßnahme bedeutet. Trotzdem wurde die Ersatz- und Schutzfunktion anderer Symptombildungen nicht gewürdigt. Zum Beispiel wissen wir schon seit langem, daß die zwangsneurotischen Mechanismen in der Remission der Melancholie verhältnismäßig günstig funktionieren, und doch sind wir geneigt, die Zwangsneurose als klinische Einheit als „schwere Regression" zu beurteilen. Wir fassen diese Neurose als das Ergebnis einer Flucht zurück vor den Ängsten einer infantilen Genitalorganisation auf, statt sie als einen bemerkenswerten Schritt nach vorwärts, als einen auffallenden Fortschritt gegenüber der Trostlosigkeit eines unbewußten paranoiden Zustandes anzusehen. Wenn wir die zahlreichen

Süchte studieren, die, weil sie weder für den Einzelnen noch für die Gesellschaft tragische Folgen haben, einfach als „Eigentümlichkeiten" oder als „Hang" statt als Sucht bezeichnet werden, sehen wir, daß die Sucht sich oft als ein erfolgreicher Mechanismus erweist. Dieses Moment ist vom therapeutischen Standpunkt aus wichtig. So mag z. B. für die Heilung einer Sucht oder sogar einer schweren Zwangsneurose der Abbau der ihr zugrunde liegenden paranoiden Einstellung wichtiger sein als eine noch so gründliche Analyse der sichtbaren Gestaltung der Sucht oder des zwangsneurotischen Überbaues.

Um wieder zu unserem historischen Überblick zurückzukehren: den ersten Entdeckungen über die Sucht folgte eine Phase der Stagnation. Zu dieser Zeit kam man auch zur Einsicht, daß die bis dahin als nahezu spezifisch betrachteten libidinösen Faktoren nicht mehr als solche angesehen werden konnten. Die Strukturunterschiede der verschiedenen Süchte hatten sich durch das Moment der unbewußten Homosexualität nicht in zufriedenstellender Weise erklären lassen, und allmählich fand man, daß dieses Moment überhaupt unspezifisch sei. Denn die Flucht vor der unbewußten Homosexualität wurde schon für die paranoischen Bildungen verantwortlich gemacht und galt ebenfalls als ein wichtiger Faktor für die zwangsneurotischen Erkrankungen. Ferner wurde sie als eine Quelle von heftigen Widerständen in Charakteranalysen und als eine Ursache beträchtlicher Schwierigkeiten in den Analysen Normaler erkannt. Die Versuche, den Nachdruck auf die regressiven libidinösen Momente der Homosexualität zu legen, insbesondere auf die durch die Flucht vor der genitalen Angst erzielte Beruhigung, erwiesen sich als unbefriedigend; denn Mechanismen der Angstberuhigung allein bilden noch keine vollständige Ätiologie. Andere Bemühungen, eine rein libidinöse Ätiologie aufrechtzuerhalten, wie z. B. die Ansicht von S c h i l d e r, daß die Suchtmittel Veränderungen der Libido zustande brächten und künstlich die homosexuelle Komponente steigerten, waren auch nicht glücklicher.

Anderseits scheint es, daß weitere Fortschritte dadurch erzielt wurden, daß man der mit der Libido verlöteten Aggression und den durch die aggressiven Regungen bedingten Reaktionen eine größere Aufmerksamkeit zuwandte. Aber obgleich die neueren Begriffe des Über-Ichs und des Sadismus beim Studium der Sucht angewendet wurden und unser ätiologisches Verständnis erhöht haben, ist der erzielte Fortschritt nicht voll befriedigend. Meiner Ansicht nach ist dies teilweise durch die Divergenz der Auffassung über die eigentliche Bedeutung des Sadismus bedingt. Diese Divergenz kann nicht nur in Arbeiten über die Sucht, sondern auf dem ganzen Gebiete der psychoanalytischen Literatur aufgezeigt werden. Wie ich schon sagte, ist der Sadismus

ja keine neue Entdeckung. Die Begriffe des Hasses, der Aggression und des Sadismus waren immer schon in der Konzeption der Ambivalenz implicite enthalten, und historisch läßt sich feststellen, wie die Bedeutung der negativen Übertragung in immer steigendem Maße gewürdigt wurde. Die Rolle des sadistischen Moments in der Übertragung wurde zwar durch die Beziehung zwischen der negativen Übertragung und der invertierten Ödipussituation eine Zeit lang verdunkelt. Aber diese Phase hielt nicht an, und wohl nur wenige Analytiker haben in den letzten Jahren die unbewußte Homosexualität studiert, ohne zu dem Ergebnis zu gelangen, daß das Problem der unbewußten Homosexualität — um es kurz zu fassen — ein Problem des Sadismus sei.

Trotz dieser Tatsachen bleibe ich dabei, daß eine sehr deutliche Divergenz in der Auffassung des Sadismus sich sowohl in den neueren Schriften über die Sucht wie auch — nicht so klar — in den Arbeiten über die Psychosen aufzeigen läßt. Eine Reihe von Analytikern sieht den Sadismus noch immer durch die Brille der Übertragungsneurosen und würdigt ihn hauptsächlich im Zusammenhang mit der genitalen Entwicklung. Wenn die theoretische Bedeutung des prägenitalen Sadismus auch bereitwillig zugegeben wird, so wird er in praxi doch als eine potentielle Verstärkung der späteren Ödipusambivalenz betrachtet, der durch den Vorgang der Regression aktiviert wird. Andere Forscher hingegen begnügen sich nicht damit, die Entwicklung der sadistischen Regungen von den frühesten Stufen an zu verfolgen, sondern sind bestrebt, zwischen einer Reihe charakteristischer Verlötungen der Aggression und bestimmten pathologischen Zuständen, zunächst den Psychosen und den Süchten, und in zweiter Reihe auch zwischen den zwangsneurotischen Bildungen bestimmte Korrelationen herzustellen.

Der Unterschied zwischen den verschiedenen Tendenzen kann am besten durch den Vergleich zwischen den früheren und den neueren Ansichten über die Paranoia illustriert werden. Wenn auch in der letzten Arbeit von Freud die Bedeutung der Todeswünsche betont wird, und wenn auch, wie ich vorhin ausgeführt habe, der Begriff der Aggression in der früheren Konzeption der Ambivalenz enthalten ist, so wurden doch in der Schreberarbeit die aggressiven Regungen nicht direkt erwähnt und der paranoische Mechanismus wurde hauptsächlich als durch libidinöse Konflikte bedingt beschrieben und mit der Verdrängung der invertierten Ödipussituation in Zusammenhang gebracht. Nur einige wenige Äußerungen in seinen neueren Schriften modifizieren teilweise den früheren, auf die libidinösen Faktoren in der Paranoia gelegten Nachdruck. Wenn man in Betracht zieht, daß Freud in den letzten fünfzehn Jahren die allgemeine Bedeutung des Hasses, der Aggression und der destruktiven

Triebregungen für die Ichentwicklung dauernd betont hat, scheint es um so bemerkenswerter, daß diese Ansichten sich in den ätiologischen Formulierungen bezüglich der Paranoia nur ungenügend auswirkten. Es ist jedoch so.[2]

Die Ansichten von Melanie Klein stehen in einem entschiedenen Gegensatz hierzu. Sie erklärt, daß die Fixierungspunkte der Psychosen prägenital-sadistische Fixierungspunkte seien; daß das Individuum in der frühen anal-sadistischen Phase durch Angst von paranoidem Charakter gehe; daß die Fixierungspunkte der Paranoia in die Phase der phantasierten Angriffe auf den Mutterleib fallen; daß die aggressiven Regungen des Individuums auf das Exkretionssystem verschoben werden. Dadurch würden den Fäzes, dem Urin und allen mit diesen assoziierten Organen unbewußt sadistische Qualitäten zugeschrieben, die in der Projektion Angst vor äußeren Angriffen auslösten; daß insbesondere die Vergiftungsangst vorwiegend auf den ursprünglichen Anal- und Urethralsadismus zurückgeführt werden könne.

Ich meine nicht, daß der Grad, in dem das sadistische Moment betont wird, notwendigerweise einen Widerspruch zwischen den zwei hier beschriebenen Standpunkten bedingt. Und man muß auch zugeben, daß in den frühen Arbeiten von Stärke, van Ophuijsen, Abraham und andern die später von Melanie Klein vertretenen Ansichten bis zu einem gewissen Grade angedeutet sind. (Ein Beweis hierfür ist die Ansicht Stärkes von der Rolle, die die „negative Libido" in den Psychosen spielt.) Aber es bestehen doch ganz entschiedene Unterschiede, a) in dem Ausmaße, in dem die Einzelheiten der sadistischen Phantasien und Abwehrmechanismen, besonders in den frühesten Lebensjahren beschrieben wurden (Melanie Klein hat sie viel eingehender geschildert), und b) in bezug auf die Beschreibung der eigentlichen Natur der libidinösen Beiträge in diesen frühen Phasen. Der wichtigste Unterschied kann folgendermaßen aufgezeigt werden: Wenn man den Kern der klassischen Ödipussituation in den Momenten „genitaler Inzest-Ambivalenz-Kastrationsangst" sieht, muß man nun auf Grund der Arbeiten von Klein bereit sein, die Existenz früherer und stärker sadistischer Ödipussituationen zu diskutieren. In den späteren Schriften über die Paranoia wurde häufiger auf die sadistischen Momente hingewiesen; jedoch wurden sie auch weiterhin mit einer Ödipussituation vom klassischen genitalen Typus verknüpft. (Vgl. zum Beispiel Kielholz, Feigenbaum u. a.) Das Gleiche gilt für Arbeiten über Vergiftungswahn und Vergiftungsphantasien. Wenn auch sowohl Kiel-

2) Nachträglich stelle ich fest, daß Freud in einem nach Fertigstellung dieser Arbeit erschienenen Aufsatz die Paranoia als durch die Aggression bedingt auffaßt.

holz wie auch Fenichel wesentlich mehr Nachdruck auf die sadistische Bedeutung des Giftes und der Exkretionsvorgänge legen, als es sonst der Fall ist, so enden sie doch in der viel milderen Tonart von Schwangerschaft und Kastrationsangst.

Die gleiche Divergenz kann auch in der Auffassung über die Sucht demonstriert werden. Wenn man die neuere psychoanalytische Literatur über die Sucht studiert, so wird es deutlich, daß, obwohl sehr häufig Haß und Sadismus, frühe Fixierungen und psychotische Mechanismen erwähnt werden, die Sucht doch letzten Endes von der späteren genitalen Angst aus angegangen wird. Selbst wo Versuche unternommen werden, tiefere Wurzeln für die Fixierungen der Sucht zu entdecken, besteht die Tendenz, diese in Phasen zu suchen, in denen die psychische Struktur nur ganz unentwickelt sein kann. So sucht Radó, obzwar er die Phasen der Sucht und Abstinenz mit dem Aufeinanderfolgen der manisch-depressiven Zustände in Zusammenhang bringt, die grundlegende Fixierung doch in einer Phase des „alimentären Orgasmus", aus der sich ein „pharmakotoxischer Orgasmus" entwickelt. Wenn er eine auf diesem alimentären Orgasmus beruhende psychische Organisation auch nicht völlig ausschließt, so hat er doch bis jetzt diesem psychischen System noch keinen spezifischen Inhalt zugeschrieben. Anderseits führt er aus, daß spätere Schuldgefühle keine spezifische Beziehung zur Sucht hätten und daß sie in der Sucht keine größere Rolle spielten als in den andern pathologischen Zuständen. Simmel zeigt in einer neuen Arbeit, die die geläufigsten Ansichten über die Sucht enthält, beide Tendenzen. Er bringt die Sucht letzten Endes in Beziehung zur Melancholie, aber nur als eine sekundäre Regression, die auf einen primären zwangsneurotischen Zustand folgt. Wie man aus seinem Interesse für die zwangsneurotischen Faktoren in der Sucht entnehmen kann, faßt er das Moment der Angst hauptsächlich als Kastrationsangst auf. Er folgt Radó darin, daß er den Fixierungspunkt auch in einer Phase sucht, die einer organisierten psychischen Struktur vorausgeht, nämlich in einer Phase des primären intestinalen Narzißmus.

Wie anregend diese Beiträge auch sind, zeigen sie doch eine fast reaktionäre Tendenz. Faktoren, die einer organisierten psychischen Struktur vorausgehen, können wohl mit Recht als „konstitutionelle" oder „prädisponierende" Momente betrachtet werden, ohne daß man den Ausdruck Fixierung gebraucht. Diese Gepflogenheit bestand immer schon bei der Einschätzung der Bedeutung der erogenen Zonen. Wenn ich auch zugebe, daß den prädisponierenden Faktoren in der Sucht eine genaue Beachtung geschenkt werden sollte, so scheint es mir doch ein ungerechtfertigter Pessimismus zu sein, den Nachdruck auf

diese Momente zu verlegen und spätere Schuldgefühlsreaktionen auszuschließen. Und wenn ich auch damit übereinstimme, daß die späteren Schuldgefühlsreaktionen nicht als ein spezifischer Faktor betrachtet werden können, so scheint es doch unbegründet, frühere spezifische Schuldgefühlsreaktionen auszuschließen.

Die entgegengesetzte Tendenz, nämlich das Forschen nach spezifischen ätiologischen Momenten, die zwar primitiv sind, ohne aber in eine der organisierten psychischen Struktur vorausgehende Phase zu fallen, kann man in der psychoanalytischen Literatur nur schwer finden. Bei früheren Gelegenheiten habe ich einen bestimmten Typus von Alkoholismus als einen Mechanismus einer „invertierten Paranoia" bezeichnet und gesagt, daß die Suchtmittel die Gifte und Elixiere darstellen, mittels deren die sadistischen Reaktionen auf die frühen libidinösen Versagungen bewältigt werden. Aber der einzige Hinweis spezifischen Charakters, den ich in der Literatur finden konnte, ist eine in spekulativer Form geäußerte Anregung von Melitta S c h m i d e b e r g. Sie schreibt über psychotische Mechanismen, insbesondere über die Mittel, durch die gefährliche „introjizierte" Objekte (oder deren Ersatz) bekämpft werden können. Dabei schildert sie, wie eine gefährliche Substanz in eine heilsame verwandelt werden kann, und wie freundliche Substanzen dazu verwendet werden können, um gefährliche Substanzen zu neutralisieren oder zu vertreiben. Sie bringt diesen Mechanismus mit der medizinischen Therapie im allgemeinen in Verbindung und fügt hinzu: „Wahrscheinlich ist dieser Mechanismus auch bei der Sucht wirksam. Das Suchtmittel würde die Bedeutung des guten Vaters annehmen, das den bösen, introjizierten Vater bekämpfen soll, aber bald selbst die Bedeutung des bösen annimmt, gegen den nur eine weitere Zufuhr von Suchtmitteln hilft. Dieser psychische Mechanismus wird durch die pharmakologische Wirkung der Suchtmittel unheilvoll verstärkt, während die heilsame Wirkung der Arzneien angstberuhigend wirkt."

*

In den letzten Jahren hatte ich erneut Gelegenheit, einige Fälle von Sucht zu studieren und konnte dabei meine neuen Eindrücke mit meinen früheren Erfahrungen vergleichen. Insbesondere versuchte ich bestimmte Beziehungen zwischen der Sucht, psychotischen Zuständen, zwangsneurotischen Bildungen und neurotischen Charaktereigentümlichkeiten festzustellen. Weiter versuchte ich einzuschätzen, welche Bedeutung der phallischen Ödipussituation und welche den primitiveren Typen der Ödipussituation zukommt, in denen, wie man annimmt, der prägenitale Sadismus das Bild beherrscht.

Ich muß nun sagen, daß meine neueren Erfahrungen zugunsten der zweiten, zu Beginn dieser Arbeit beschriebenen Auffassung sprechen. Ich kann keine befriedigende Erklärung der Sucht finden, die nicht die Wirksamkeit einer Ödipussituation in einer Phase annimmt, in der die Objektbeziehungen kaum noch mehr als psychische Spiegelungen der Beziehung zu Organen darstellen, in der die sadistischen und libidinösen Regungen noch weitgehend zusammenfallen, und die besteht, bevor noch die libidinösen — vor allem die oralen, exkretorischen und frühen genitalen — Regungen ein stabiles Gleichgewicht zwischen der psychischen Triebäußerung und der Verdrängung zustande gebracht haben.

Es würde uns in diesem Zusammenhang zu weit führen, den Nachweis für die Berechtigung der Bezeichnung „Ödipuskomplex" zu erbringen. Ich habe den Eindruck, daß Einwände gegen diese Bezeichnung bis zu einem gewissen Grade pedantisch sind. Ein psychischer Zustand enthält die wesentlichen Charakteristika des „Ödipuskomplexes", wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: 1. Ein Zustand der Triebversagung besteht; 2. dieser Zustand der Versagung vom Individuum mit mehr als einem Objekt (oder Partialobjekt) in Zusammenhang gebracht wird; 3. ein gewisses Ausmaß von genitalen Regungen vorhanden ist (gleichgültig, ob diese direkt der Versagung ausgesetzt sind oder nicht), und 4. dieser Zustand der Versagung eine aggressive Reaktion einem oder mehreren Objekten (oder Partialobjekten) gegenüber hervorruft. Die erste und vierte Bedingung wurden nie angezweifelt. Die zweite Forderung hat viele Vorteile. Wenn man den Ausdruck „Partialobjekt" oder „Organobjekt" anwendet, kann man die durch fortlaufende Versagungen der verschiedenen K o m p o n e n t e n der infantilen Sexualität ausgelöste Angst und Konflikte würdigen und muß nicht eine vollständige organisierte Reihe von Imagines beider Eltern annehmen. Ferner setzt sie uns in die Lage, das Ausmaß der Konflikte voller zu würdigen, die in einer Phase entstehen, in der die libidinösen Regungen fast ausschließlich auf Mutterimagines gerichtet sind, und das Streben nach Vaterimagines einem (realen oder phantasierten) Organsystem gilt. Durch diese Formulierung wird auch ein bestimmtes Phantasiesystem verständlicher, nämlich die Phantasie der „Frau mit dem Penis (des Vaters)". Und sie trifft auch für den Fall des posthumen (vaterlosen) Kindes zu, bei dem die Gelegenheit einer tatsächlichen „Urszene" ausgeschlossen ist: die frühen Phasen der Konflikte des Kindes (mitinbegriffen seine Phantasie von der Urszene) können dann in Zusammenhang mit den verschiedenen Organen oder Zonen der Mutter, die (reale oder phantasierte) Befriedigung gewähren, resp. Versagung bereiten, entwickelt werden. Der einzige Einwand gegen die

zweite Bedingung ist, daß dadurch der Ausdruck „invertierte Ödipussituation" der jetzigen Formulierung gegenüber an Genauigkeit verliert.

Die Berechtigung der terminologischen Bezeichnung hängt von der dritten Bedingung ab. Da bei beiden Geschlechtern schon im ersten Lebensjahre genitale Regungen bestehen, müssen diese in direkter oder indirekter Form auch bei allen Entbehrungen eine Rolle spielen. In diesem Sinne enthalten alle Entbehrungen eine Ödipuskomponente. Auf das Argument, daß in diesen frühen Stadien der Entwicklung das genitale Moment, eine *quantité négligeable* sei, wäre zu erwidern, es sei gegen den Gebrauch einer andern Bezeichnung, zum Beispiel der „Vorstadien des Ödipuskomplexes", nichts einzuwenden. Allerdings müßte ein sehr entschiedener Einwand dagegen gemacht werden, wenn solche Bezeichnungen dazu verwendet würden, um die dynamische Bedeutung der frühen Konflikte zu verwischen. Wenn wir aber zeigen können, daß diese frühen Konflikte z. B. für die Ätiologie der Psychosen eine ähnliche Rolle spielen, wie sie die typische Ödipussituation für die Hysterie hat, warum sollten wir dann diese Komplikationen nicht vermeiden, indem wir alle durch Entbehrungen bedingte infantile Konflikte mit den früher angeführten Kennzeichen als „Ödipuskomplex" bezeichnen?[3]

Indem ich diesen Ansichten, die im wesentlichen die von Melanie Klein sind, beipflichte, meine ich keineswegs, daß die Bedeutung der späteren und mehr organisierten Phasen der infantilen Sexualität für die Sucht übergangen werden könnte. Es ist z. B. ganz unmöglich, die außerordentlich deutlichen homosexuellen Phantasien beim Kokainismus zu vernachlässigen. Es ist ebenso unmöglich, die der späteren „positiven Ödipusphase" entspringende Angst, das heißt die typische Kastrationsangst oder noch spätere psychische Faktoren zu übersehen. In einem Fall von Kokainismus erwies sich ein leidenschaftliches Interesse für Sherlock Holmes zweifellos als die letzte Determinierung für die Sucht. Die Veröffentlichung der „Abenteuer" von Sherlock Holmes fiel in die Zeit der Pubertätsmasturbation des Patienten; er modifizierte übrigens die Technik von Sherlock Holmes insoferne, als er das Kokain in die Peniswurzel injizierte. All die genitalen Ödipusdeterminierungen dieser Sucht brauchen wohl nicht einzeln angeführt, all die Momente von Neugierde, Sadismus, Schuldgefühl und Strafe, die mit der Gestalt des Detektivs verknüpft waren,

3) Freud schreibt in einem nach Fertigstellung dieser Arbeit erschienenen Aufsatz („Die weibliche Sexualität", Internat. Ztschr. f. Psa., XVII, 1931) im Zusammenhang mit der präödipalen Phase, es sei nichts dagegen einzuwenden, wenn man der Bezeichnung „Ödipuskomplex" einen weiteren Sinn geben wolle. Dieser könne dann so betrachtet werden, daß er alle Reaktionen des kleinen Kindes zu beiden Eltern umfaßt.

nicht im Detail aufgezählt zu werden. Die Tatsache bleibt aber bestehen, daß, obwohl Deutungen von diesem uns wohlbekannten Typus Zeichen von Angst auslösten, sowohl in der positiven Form der Erleichterung, wie in der negativen Form von Widerstand, diese Reaktionen doch mit dem intensiven Widerstand nicht verglichen werden konnten, der auftrat, als Deutungen von einem primitiveren Typus gegeben wurden, nämlich die Deutung sadistischer Angriffe gegen die Eltern, denen sadistische Gegenangriffe folgten. Erst durch Zurückführung der Situation auf einen phantasierten Kampf zwischen den Organen der Eltern und denen des Kindes (der Injektionsspritze und dem eigenen Penis), bei dem schreckenerregende Exkrete als Waffen verwendet wurden, wurde eine adäquate Reaktion erzielt. Erfahrungen dieser Art zeigen, daß es nicht berechtigt ist, an dem Begriff eines begrenzten nukleären Systems festzuhalten. Einiges spricht dafür, daß das, was im Falle der Neurosen als „Kernkomplex" beschrieben wurde, besser als ein „polymorph-nukleärer Komplex" bezeichnet würde. Meinem Eindruck nach läßt sich das Vorhandensein von Serien von Ödipuskernsituationen, denen immer eine bestimmte symptomatische oder parasymptomatische (soziale) Reaktion entspricht, in der Sucht klarer erkennen als in den genau abgegrenzten Neurosen oder Psychosen. Im allgemeinen werden die Unterschiede zwischen solchen Kernserien durch zwei Momente bedingt: 1. quantitativ durch das Ausmaß der Aggression und 2. qualitativ durch die Beiträge der erogenen Zonen. Es scheint, daß man in verschiedenen Schichten nicht nur verschiedenartige Verschmelzungen von genitaler und prägenitaler Libido findet, sondern auch verschiedene Legierungen der Aggression mit den einzelnen libidinösen Komponenten. Überdies scheinen die verschiedenen Formen der Sucht darauf hinzuweisen, daß die frühesten nukleären Bildungen sich nicht einfach in einer aufeinanderfolgenden Reihe, sondern mehr in der Art einer Gruppe entwickeln, die sich erst nach Ausbildung der sogenannten analsadistischen Phase in eine aufeinanderfolgende Reihe umwandelt. In einem gewissen Sinne stellt die Sucht eine Karikatur der normalen Vorgänge dar. Dabei wird eine Anzahl von frühinfantilen psychotischen (oder wie Stärke sagen würde: paläopsychotischen) Angstzuständen auf nützliche Handlungen von „Ingestions"charakter (Lesen, Arzneinehmen usw.) übertragen und durch diese verdeckt.

Wenn diese Systematisierungen angenommen würden, könnte der Ausdruck „Fixierung" mit größerer Genauigkeit angewendet werden. Die Bezeichnung, jemand habe eine „orale Fixierung", ist viel zu vage und verlegt einen zu großen Nachdruck auf den konstitutionellen Faktor. Es wäre besser zu sagen, eine Person sei zufolge der Triebwünsche und Entbehrungen (die zu einer be-

stimmten Zeit, die immer für jedes Individuum bestimmt werden müßte, erfolgten) an eine oder mehrere Serien einer nukleären Situation fixiert. Aber auch mit dem Gebrauch des Begriffes „Serien" müssen wir vorsichtig sein. Es scheint mir, daß die Schwierigkeiten in der Feststellung der Fixierungspunkte der Psychosen teilweise daher stammen, daß wir geneigt sind, aufeinanderfolgende Serien anzunehmen. Das vielfältige Bild der Dementia praecox weist auf eine mögliche Kombination verschiedener nukleärer Fixierungen hin. Das Gleiche scheint, wie ich schon hervorhob, auch für die Sucht zuzutreffen.

Der folgende Fall illustriert einige der früher erörterten Punkte: In die Behandlung kam eine Patientin, die, wie es zunächst schien, an einer schweren Zwangsneurose sowie an angsthysterischen Erscheinungen und konversionshysterischen Symptomen, die vorwiegend den Verdauungstraktus befallen hatten, litt. Die Analyse führte anfangs zu keiner Änderung dieser Diagnose, wenn es auch auffallend schien, daß der Phantasieinhalt der zwangsneurotischen Symptome weniger entstellt war, als es sonst im allgemeinen der Fall ist: die Zwangsgedanken waren zum Teil fast ganz unmodifizierte homosexuelle Darstellungen, in denen sich allerdings auch ein hermaphroditisches Phantasieelement durchgesetzt hatte. Zum Beispiel hatte sie Zwangsvorstellungen, daß sie einen Penis, oft von phantastischem Ausmaß, besaß. Mit diesem berührte sie dann entweder eine Frauengestalt mit einem phantastischen Penis oder einen Mann mit einer phantastischen Vagina. Diese Vorstellungen riefen typische Zwangszeremonielle hervor. Abgesehen von diesen Zwangsgedanken bestanden keine manifesten homosexuellen Regungen. Es zeigte sich bald, daß unter der Maske einer ärztlichen Behandlung mit Sedativa sich bei ihr eine Paraldehydsucht ausgebildet hatte. Sie war jahrelang von verschiedenen Ärzten behandelt worden, die entweder irgendeine medikamentöse Behandlung begonnen oder die schon gebrauchten Schlafmittel sanktioniert hatten. Der Versuch, in ihrer Vorgeschichte frühere Neigungen zur Sucht festzustellen, ergab, daß sich diese nicht nur im Einnehmen von Arzneien, sondern auch in verschiedenen, mit dem Essen verknüpften Gewohnheiten äußerten. Paranoide Mechanismen ließen sich nicht aufspüren. In der weiteren Analyse wurden diese Momente einzeln zurückverfolgt, und der Verlauf der Symptombildung konnte in folgender Weise rekonstruiert werden: Es ließ sich eine aktive Phase der Neurosenbildung zwischen dem Alter von zwei und dreieinhalb Jahren feststellen. Diese Periode entsprach dem Zeitraum zwischen der ersten als Rivalin empfundenen Schwester und dem ersten als Rivalen betrachteten Bruder. Auf eine Phase, in der infantile Angstreaktionen und Wutanfälle, die oft mit dem Schlagen von Tieren oder leblosen Gegenständen verknüpft waren, vorherrschten, folgte eine Periode, in der

es ungewiß schien, ob Angst oder Phobiebildungen oder die zwangsneurotischen Mechanismen die Oberhand gewinnen würden. Schließlich siegten die zwangsneurotischen Bildungen und die Tierphobien wurden durch Zwangsbefürchtungen abgelöst. Das Kind entsprach im Alter von drei Jahren schon ganz einem erwachsenen Zwangsneurotiker mit Berührungsangst, Angst vor Angriffen und zwangsneurotischen Abwehrmaßnahmen, die sich auf Gedanken, Worte und Handlungen erstreckten. In einer kurzen Phase, im Alter von ungefähr fünf Jahren, beherrschten konversionshysterische Symptome das Bild. Diese traten auch in späteren Jahren gelegentlich wieder auf. Der spätere Wechsel der Symptome entsprach einem Fluktuieren zwischen den unbewußten homosexuellen und den bewußten heterosexuellen Strebungen, ihrer Steigerung und Versagung. Nur im Alter von 25 Jahren kam der Vorgang der Neurosenbildung für einige Monate zum Stillstand. Damals war es zu einer wichtigen Änderung in ihrer Arbeit, ihren affektiven Beziehungen und ihrer Umgebung gekommen. Abgesehen von dieser Zeit steigerten sich ihre zwangsneurotischen Bildungen und Abwehrmechanismen dauernd: eine Berührungsangst löste die andere ab. In diesen setzten sich psychosexuelle Elemente immer deutlicher (teilweise ganz manifest) durch, z. B. masochistische Schwangerschaftsphantasien. In der Pubertät wurde das Bild durch einige organische Erkrankungen bis zu einem gewissen Grade verwischt. Homosexuelle Regungen wurden in allerdings ziemlich schwachem Maße bewußt, und als Reaktion darauf setzten intensive Grübeleien über das Problem der Homosexualität im allgemeinen ein. Daneben verstärkten sich die zwangsneurotischen Mechanismen weiter. Im Alter von 18 Jahren äußerte sich in ihren zwangsneurotischen Bildungen ein sie erschreckendes kannibalistisches Element. Von dieser Zeit ab bis in die Vierzigerjahre war das Ich fast vollständig durch zwangsneurotische Bildungen absorbiert, in denen die Vorstellung einer sadistischen Berührung und einer manifesten infantilen homosexuellen Phantasie in allen nur möglichen Formen verhüllt zum Ausdruck kam. Was nun die Sucht betrifft, so galt das erste zwanghafte Interesse, das sich aufdecken ließ, dem Geschmack der Flaschennahrung der jüngeren Schwester. Damals war sie zwei Jahre alt. Später, im Alter von acht Jahren, tauchte eine Phobie vor Tee auf. Im Alter von zehn Jahren entwickelte sich ein Zeremoniell beim Essen und Lesen, das zunächst frei von Angst war, das sich aber bald mit einer Berührungsangst, die sich auf ihre Zähne und auf Zahnstein bezog, verknüpfte. Noch später, mit fünfzehn, wurde ein zwangsneurotisches System, in dem bewußte hermaphroditische Phantasien ihren Ausdruck fanden, auf den Mund bezogen. Der Druck der oberen Zahnreihe auf die unteren Zähne, der Zähne auf das Zahnfleisch, oder

der Zunge auf die Zähne konnte einen Ersatz für mehr manifeste sexuelle Inhalte bilden.

Die Berührungsangst breitete sich dann auf Anästhetika aus. Mit achtzehn traten, wie schon erwähnt, kannibalistische Ängste auf, die sie beim Essen störten, und mit sechsundzwanzig erhielt sie das erste Beruhigungsmittel vom Vater. Von da an waren ihre Ängste einige Jahre hindurch von dem Impuls begleitet, alle nur möglichen Arzneien zu nehmen, um einer Ansteckung vorzubeugen. Die Patientin wechselte zu dieser Zeit zwischen organischen Krankheiten, die eine medikamentöse Behandlung erforderten, und zwischen hysterischem Erbrechen ab. Während der ersten Jahre der Sucht verringerte sich die mit der Nahrungsaufnahme verknüpfte Angst. Zugleich mit dieser Verringerung der Angst bildete sich aber ein kompliziertes Zeremoniell aus, das die Reaktion auf das Speisen im Restaurant darstellte.

Wenn man die gewöhnlichen klinischen Maßstäbe anwendet, kann man sagen, daß keine paranoiden Bildungen bestanden. Allerdings zeigten sich bei genauerem Studium in ihren Ängsten — sowohl den infantilen, wie auch den späteren — einige bemerkenswerte Momente: erstens spielten in ihren Phobien verfolgende Tiere eine Rolle und zweitens zeigte sie eine gewisse Neigung, ihre zwangsneurotischen Befürchtungen zu kosmischen Dimensionen zu entwickeln und empfand bei jedem Naturereignis ein Gefühl persönlicher Verantwortung.

Im Verlauf der Analyse, besonders in ihren letzten Phasen, unternahm die Patientin freiwillig Versuche, abstinent zu sein, die meistens mißlangen. Ein völliges Aufgeben der Bromsucht gelang schließlich, aber um den Preis von sehr großer Angst und begleitet von einer Steigerung ihrer zwangsneurotischen Symptome, insbesondere der manifest sexuellen Zwangsgedanken, sowie der Abwehr gegen diese. In dieser Phase wurde es klar, daß die ursprüngliche Intensität der Sucht teilweise dadurch bedingt war, daß die Suchtmittel offiziell verschrieben waren, das heißt „gute" Substanzen darstellten. Nun kam es zu einer Steigerung der Paraldehydsucht, die solche Ausmaße annahm, daß eine regelrechte Entziehungskur sich als nötig erwies. Die Zeit der Entziehung war, wie es gewöhnlich der Fall ist, von Halluzinationen begleitet. Als diese aufhörten, zeigte es sich, daß ein leicht paranoides System bestand und daß die Zwangsneurose für einige Zeit aufgehört hatte. Als das paranoide System allmählich schwand, traten ihre zwangsneurotischen Bildungen wieder in vollem Ausmaße auf. Die Paraldehydabstinenz war nun vollständig, aber der Patientin wurde gestattet, anläßlich akuter Angst geringe Dosen von Schlafmitteln, die nicht zur Gewöhnung führen, zu nehmen. Diese ersetzte sie dann selbst durch Dosen von Spirit. ammon. aromat. Von den verschiedenen Ver-

änderungen, die ich bei ihr beobachtete, will ich hier nur eine erwähnen: früher hatte sie die Suchmittel nicht einfach als Schlafmittel genommen, sondern mit einem Zeremoniell verknüpft. Nun wurden sie weniger zwanghaft zur Beruhigung und mehr in ihrer Funktion als Schlafmittel gebraucht. Aber das gleiche Mittel wurde entschieden als „gut" oder „böse" betrachtet, je nachdem ob seine Menge der vorgeschriebenen Dosis entsprach oder sie überschritt. Wenn die Dosis über die vorschriftsmäßige Menge hinausging, empfand sie sie als böse, schädlich, gefährlich. Die gleiche Unterscheidung traf sie auch in bezug auf die Person, die die Mittel verschrieb. Eine Erhöhung der Dosis, die der Arzt, der die Entziehung durchgeführt hatte, gestattete, galt als „gut", eine Sanktion, die ich im Notfall gab, als gefährlich. Nun zeigte sich ein pseudoparanoider Mechanismus in der Sucht. Übrigens kam es in der der Paraldehydentziehung folgenden Phase zu einer unmittelbaren Änderung der Übertragung, indem ich gefährlicher wurde. Zufolge der verminderten Abwehr den sadistischen Phantasien gegenüber zeigte sich eine vermehrte Angst während meiner Abwesenheit. Zugleich wies sie mir im sexuellen Teil ihrer Zwangsphantasien eine direkte Rolle zu.

Um zu den offenen paranoiden Zügen, die sich nach der Entziehung zeigten, zurückzukehren, so ergab sich bald, daß diese Mechanismen keinen rein paranoiden Charakter trugen. Wenn sie auf den ersten Eindruck auch reine Beziehungsideen zu sein schienen, so erwies sich doch, daß dies nicht ganz zutraf. Die spöttischen Stimmen und feindlichen Vorwürfe oder Angriffe, von denen die Patientin annahm, daß sie ihr schaden und ihr gleichzeitig etwas wegnehmen sollten, hingen mit einer Verschwörung zusammen. Z. B. hatten sich bestimmte feindlich gesinnte Personen verschworen, um einem Priester eine gute Substanz wegzunehmen. Eine Andeutung wies aber darauf hin, daß die Patientin selbst irgendwie zu den Verschwörern gehörte, oder wenigstens von ihnen bei der Ausführung ihrer Absichten als Werkzeug verwendet wurde. Sie konnte aber mittels einer Identifizierung mit dem Priester den Schaden wieder gutmachen, wenn sie Suchtmittel nahm. Für gewöhnlich war dieser Mechanismus der Identifizierung durch die manifest homosexuellen Zwangsgedanken verdeckt, z. B. durch die aktive oder passive Berührung oder Zerstörung, die durch die phantastischen Penisse bewirkt wurde.

Dieser Fall zeigte in seiner historischen Entwicklung eine allmähliche Steigerung der Symptome, die schließlich in einer paranoiden Krisis gipfelten und einer jeden Entwicklungsphase (von der primitiven oralen bis zur infantilen genitalen und erwachsenen genitalen Stufe) entsprechende Angstreaktionen. Zweitens erwies sich ihr augenfälligstes und dauerhaftestes Symptom, die

schwere Zwangsneurose, als eine Abwehrbildung gegen Angst von paranoidem Charakter. Die manifest homosexuellen Zwangsgedanken, die in ihrer Neurose eine so deutliche Rolle gespielt hatten, bestanden auch noch in der ersten, von Halluzinationen begleiteten Phase der Entziehung. Sie wichen dann aber direkteren Phantasien, die einen inzestuösen Angriff seitens des Vaters beinhalteten. Diese wurden wiederum unmittelbar durch wahnhafte Verfolgungsideen abgelöst. Das homosexuelle Moment erwies sich also als Flucht vor den dem Vater geltenden Inzestphantasien — Regression — und als Fortschritt gegenüber der paranoiden Angst vor der Mutter — Progression. Ferner entsprachen in der der eigentlichen Entziehung vorausgegangenen Phase Steigerungen der Sucht direkt einer Steigerung der sadistischen Elemente in Zwangsgedanken und Zwangszeremoniell, während nach der Entziehung eine mehr manifeste Beziehung zwischen dem Zwangszeremoniell und den destruktiven Regungen zustande kam.

Ein ähnlicher Kompromißmechanismus ließ sich auch in dem früher erwähnten Falle von Sherlock-Holmes-Phantasien feststellen. Der Kastrationskomplex schien vorwiegend aus Elementen, die der späteren genitalen Phase angehörten, zu bestehen. Die Verdrängung der Homosexualität war gelungen, und es bestanden keine klinischen Anzeichen von paranoiden Mechanismen. Es kam auch nach der Entziehung zu keinen nennenswerten paranoiden Reaktionen. Hingegen waren die melancholischen Züge überaus deutlich. Orale Reaktionen, die von manifesten Depressionen begleitet waren, wechselten immer wieder mit Phasen ab, in denen der Patient sich außerordentlich hohe Dosen von Kokain injizierte. Diese Injektionen waren eigentlich als unzulängliche Selbstmordversuche aufzufassen. Aber selbst in den akutesten Phasen waren die melancholischen Mechanismen nicht rein ausgebildet. Die Sucht enthielt in genügendem Maße Projektionsmechanismen, um tieferen Regressionen vorzubeugen. Nach der endgültigen Entziehung blieb die Sucht in der gemilderten Form einer medikamentösen Therapie bestehen, für die der Patient in allen nur möglichen körperlichen Beschwerden eine Berechtigung fand. Z. B. aß er eine üppige Mahlzeit, um einen Grund zu haben, nachher alle möglichen verdauungsfördernden Medikamente zu nehmen. Die Verringerung des projizierten Sadismus bewirkte, daß die „bösen" Suchtmittel nun durch vorwiegend „gute" ersetzt wurden. Allerdings wirkten auch die „guten" Mittel insofern — in gemilderter Form — als „böse", als sie die Verdauung des Patienten störten. Selbst das Moment der „Injektion" blieb in der Form einer Vaccinetherapie noch einige Zeit weiter erhalten.

Um den Fall von Paraldehydsucht kurz zusammenzufassen: Man kann

sagen, daß trotz der scheinbaren Bedeutung der einer späteren genitalen Phase entsprechenden typischen Ödipussituation, sich das mit der Zwangsneurose verknüpfte Stück Sucht auf einen primitiveren Typus des Ödipuskonfliktes zurückverfolgen ließ. Dieser äußerte sich im Alter von zwei Jahren und fiel mit der Geburt der als Rivalin empfundenen Schwester zusammen. Die Sucht stellte einen Versuch dar, sadistische Regungen zu bewältigen, die nur um etwas erträglicher waren als diejenigen, die durch rein paranoide Mechanismen bewältigt werden. Der Suchtmechanismus wurde ausgelöst, weil die späteren und entwickelteren Objektbeziehungen, die den invertierten und positiven Ödipusregungen entsprachen, noch immer einen sehr sadistischen Charakter trugen. Abkömmlinge der späteren erwachsenen Genitalorganisation konnten nicht in den Dienst der Angstberuhigung gestellt werden, da jedes normale Fluktuieren der Libido oder der aggressiven Regungen die Patientin erbarmungslos der Wirksamkeit der frühen Angstsituationen ausgeliefert hätte.

Ich stimme den neueren Versuchen, die Sucht mit der Melancholie und Zwangsneurose zu vergleichen, bei, doch scheint es mir, daß der Nachdruck, der auf die typische Ödipussituation und auf die frühen konstitutionellen Momente gelegt wird, nicht nur dazu beigetragen hat, eine ebenso enge Beziehung zur Paranoia zu übersehen, sondern auch verhindert hat, einen spezifischen Mechanismus der Sucht zu erkennen. Dieser für die Sucht spezifische Mechanismus entspricht einem Übergang zwischen einer primitiveren psychotischen und einer späteren psychoneurotischen Phase der Entwicklung. Eigentlich hätte ich aber von einer Anzahl von spezifischen Mechanismen sprechen sollen, da ich nicht an ein stereotypes Primat irgendeiner frühen psychotischen Phase glaube. Ich meine, daß die verschiedenen Typen der Sucht Unterschieden in der Stärke der ursprünglichen erogenen Quellen der Libido (und folglich verschiedener Verlötungen der Aggression) entsprechen. Daher bedingen sie nicht nur Verschiedenheiten in der Struktur des primitiven Ich, sondern auch im Typus der zur Bewältigung der Erregung dienenden Mechanismen. Ich habe keine Einwendung gegen die Annahme von Simmel, daß die Sucht enge Beziehungen sowohl zur Zwangsneurose, wie auch zur Melancholie habe, mit der Einschränkung, daß diese Annahme nur für bestimmte Fälle zutrifft und in anderen Fällen die Beziehung zwischen der Sucht und der Paranoia vernachlässigt. Aber trotz vieler Übereinstimmungen zwischen den Mechanismen der Sucht und der Zwangsneurose kann ich seine Ansicht, daß die Sucht im wesentlichen zur Gruppe der Zwangsneurose gehöre und zufolge der Regression einen melancholischen Charakter annehme, nicht bestätigen. Ich kann auch seiner allgemeinen Feststellung, daß die Sucht in

ihren ersten Phasen einen lustbetonten Zwangszustand darstelle, nicht beistimmen. Diese Beschreibung trifft meiner Ansicht nach mehr auf gewisse Eigentümlichkeiten bei Patienten von neurotischem Charakter, besonders aber auf bestimmte soziale Gewohnheiten bei normalen Personen zu, z. B. auf die Leidenschaft für bestimmte Speisen und diätetische Systeme, auf gewohnheitsmäßige Einsalbungen und Inhalationen, auf die Gewöhnung an Arzneien, auf die Anhängerschaft der Freiluftkultur usw. zu.

Auf die Frage der spezifischen Phantasien in der Sucht will ich hier nur mit einigen Worten eingehen: Die wichtigste Phantasie bei der Sucht stellt meiner Erfahrung nach die Kondensierung zweier primärer Phantasiesysteme dar: eines, in dem das Kind Objekte darstellende Organe im Leibe der Mutter angreift (später: wiederherstellt) und eines, in dem die Mutter im Körper des Kindes Objekte darstellende Organe angreift (später: wiederherstellt). Diese Phantasien sind auch in den Masturbationsphantasien enthalten und äußern sich auch noch in den späteren genitalen Objektbeziehungen. In dieser Arbeit bin ich auf die Frage der spezifischen Phantasien nicht eingegangen, zunächst weil die hier beschriebene Kondensierung für die Sucht nicht spezifisch zu sein scheint, und zweitens, weil ich mich zunächst mehr damit befasse, die Funktion der Sucht festzustellen. Denn es ist durchaus möglich, daß der Grad, in dem es gelungen ist, die Angst zu lokalisieren oder zu bewältigen, für das Verständnis eines pathologischen Zustandes wichtiger ist als das eigentliche unbewußte Phantasiesystem. Jedenfalls kann die Bedeutung solcher typischer Phantasien nicht erkannt werden, bevor wir nicht wissen, welche Organe und Substanzen durch das Suchtmittel symbolisiert werden.

Vorläufige Ergebnisse.

1. Bei der Sucht besteht eine Fixierung an eine Ödipussituation, die den Übergang darstellt zwischen der primitiven, die paranoiden (melancholischen) Ängste bedingenden Ödipussituation und der späteren, die die zwangsneurotischen Reaktionen verursacht.

2. Ihre Abwehrfunktion liegt in der Beherrschung von sadistischen Regungen, die zwar nicht so intensiv sind wie die bei der Paranoia bestehenden, aber doch stärker sind als diejenigen, die wir bei den zwangsneurotischen Bildungen antreffen. (Eine andere Formulierung würde lauten, daß in der Sucht die libidinösen Komponenten stärker entwickelt sind und mehr genitale Elemente enthalten als in den Psychosen, aber schwächer sind als die libidinösen Regungen in der Zwangsneurose.)

3. Die Sucht bildet einen Schutzwall gegen die Regression zu psychotischen Ängsten.

4. Unbewußte homosexuelle Phantasien bilden keinen direkten ätiologischen Faktor, sondern stellen einen Restitutionsversuch oder eine Schutzmaßnahme dar. Die Homosexualität bietet zufolge ihrer stärkeren libidinösen Besetzung (sowohl der narzißtischen wie der genitalen) einen Schutz gegen die für die Sucht charakteristischen Ängste. Die homosexuellen Regungen sind mit der Sucht darum so eng verknüpft, weil sie entweder die Fortdauer oder die Ruinen eines Abwehrsystems darstellen.

*

Der nächste Schritt in unserer Untersuchung wäre nun, festzustellen, welche Beziehungen zwischen der Sucht und neurotischen Gewohnheiten oder gesellschaftlichen Bräuchen vom „Ingestionstypus", insbesondere den auf das Essen bezüglichen Sitten und Gebräuchen, bestehen. Die meisten Vorgänge der Einverleibung, z. B. das Essen oder Lesen, sind Modifikationen unterworfen, die einen mehr oder minder pathologischen Charakter tragen. Diese Gewohnheiten müssen wir nun mit den eigentlichen Süchten in Verbindung bringen. Wir sollten z. B. wissen, warum in bestimmten Fällen von Sucht gefährliche Mittel anderen, weniger schädlichen oder ganz harmlosen vorgezogen werden, und ob die Fixierungen und Abwehrmechanismen dann die gleichen sind. Warum injiziert sich ein Mensch Kokain, statt Zigaretten zu rauchen oder Bonbons zu lutschen, statt Speiseeis zu essen oder Himbeersaft zu trinken, sich Nährklistiere zuzuführen, Lanolineinreibungen zu machen oder einfach Autobusfahrscheine zu sammeln?

Die Antwort, die die Psychoanalyse ursprünglich auf diese Fragen gab, war sehr einfach. Die Untersuchung des klinischen Materials bestätigte, was schon das Studium der Mythologie und Ethnologie ergeben hatte. Das Suchtmittel stellte den Phallus oder Samen des Vaters (des Gottes), die Brust, Brustwarze, Milch der Mutter (der Göttin) dar. Weniger klar war zunächst, — vielleicht weil man weniger darauf geachtet hatte —, daß die Suchtmittel auch andere Körpersubstanzen, nämlich Exkrete, Fäzes, Urin usw., symbolisierten. Bald wurde erkannt, daß alle Körperausscheidungen, Atem, Schweiß, Speichel, Urin, Fäzes, Blut, Samen, Milch, durch das Suchtmittel dargestellt werden konnten. Trotzdem wurde angenommen, daß die phallische (oder Samen-) Symbolik die wichtigste sei, und daß die Sucht mittels dieses Verbindungsgliedes auf die genitale Ödipussituation zurückgeführt werden könne. Die anderen Momente wurden als von den früheren erogenen (oralen, analen usw.)

Zonen entstammende Verstärkungen der genitalen Regungen betrachtet oder einfach als ein verhüllter Ersatz genitaler Regungen aufgefaßt. Das Überwiegen der analen Symbolik in manchen Fällen wurde als durch die invertierte (homosexuelle) Ödipussituation bedingt erklärt.

Eingehendere klinische Untersuchungen ergaben die Unzulänglichkeit dieses scheinbar so festgefügten Systems. Schon seit jeher war bekannt, daß im Falle eines starken suggestiven Rapportes eine verhältnismäßig harmlose Substanz (Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung, Aspirintabletten, Kaugummi usw.) als Ersatz für das Suchtmittel dienen konnte, die — wenn sie auch häufig als ungenügend empfunden wurde, — doch über die Zeiten der Entziehung hinweghalf. Eine auffallendere Beobachtung aber sollte noch folgen.

Es besteht heute wohl kein Zweifel mehr darüber, daß der pharmakotoxischen Wirkung der Suchtmittel keine solche spezifische Rolle in den gefährlichen Süchten zukommt, als man in nichtpsychologischen Kreisen annimmt. Ich habe beobachtet, daß in bestimmten Fällen von Sucht, in denen sich ein harmloser Ersatz ausgebildet hatte (in einem Fall wurde Zucker in dieser Weise verwendet), der gleiche sklavische Zwang nun an diesen anknüpfte und daß jede Entziehung stärkste Angstquantitäten auslöste. Andrerseits fand ich in der Analyse von Psychoneurotikern und Patienten mit neurotischen (oder psychotischen) Charakterabnormitäten, daß gewisse Eigentümlichkeiten subjektiv die gleiche zwanghafte Bedeutung hatten und daß bei ihrer Entziehung die gleiche Angst ausgelöst wurde wie bei der der klassischen Suchtmittel. Die gleichen Eigentümlichkeiten beziehen sich manchmal auch auf das Essen, z. B. bei dem Zwang, gekochtes Fleisch mit einer pikanten, stark gewürzten Sauce zu essen. Noch häufiger ist der Zwang, gewohnheitsmäßig Arzneien zu nehmen. Ich erwähne in diesem Zusammenhang einen Patienten, bei dem eine Sucht nach Abführmitteln von weißer Farbe bestand, und bei welchem Versuche, dies aufzugeben, immer die stärkste Angst hervorriefen. In einem andern Fall bestand eine „Sucht" nach heißem Wasser. Es ist bekannt, daß bei der Entziehung der letzte, noch so verdünnte Tropfen des Suchtmittels für den Süchtigen von ebensolcher Bedeutung ist wie der letzte und geringfügigste Teil des Zeremoniells für den schweren Zwangsneurotiker. Wenn auch in manchen Fällen von neurotischen Eigentümlichkeiten keine massiven Bildungen bestehen und die affektiven Reaktionen sich auf eine Anzahl von scheinbar unbedeutenden Anlässen verteilt haben, so üben diese doch eine überraschend kumulierende Wirkung aus. In einem Fall, den ich vor kurzem behandelte, bestand ein „Ingestions"zwang, Fleischhaschee und Bier zu sich zu nehmen, sowie Zeitungen zu lesen. Auf diese Art konnte ein unerträglicher Zustand von Langeweile und

Depression für einige Zeit gemildert werden. Die Beweise in einer andern Hinsicht sind einfach überwältigend. Jeder Berührungsangst entspricht ein bestimmter Zwang, der sich entweder auf Handlungen des Alltagslebens erstreckt oder fetischistischer oder perverser Art ist. Jeder Reinigungszwang wird durch eine korrespondierende Gewohnheit von „Ingestions"charakter ergänzt. Dadurch, daß eine Anzahl von Kompromißbildungen besteht, wird diese Tatsache übersehen. Wenn ein Patient mit Waschzwang parfümierte Seife oder antiseptische Salben verwenden muß, oder wenn ein Anhänger der Freiluftkultur, der eine Phobie vor stickiger Luft hat, darauf besteht, in einem Nadelwald zu leben, so entgeht diese Mischung von Phobie und *„counter addiction"* der Aufmerksamkeit.

Es ist unschwer zu zeigen, daß konkrete Substanzen durch psychische ersetzt werden. Das Lesen stellt vielleicht das einfachste Beispiel dafür dar, und es zeigt sich deutlich, daß das Lesen von „guter" und „schlechter" Lektüre einige Ähnlichkeit mit der Sucht hat. In dem Fall von Paraldehydsucht, den ich früher beschrieben hatte, gab es nur ein Zeremoniell, das frei von Schuldgefühl war: die Patientin entfernte in einem bestimmten Zimmer bei heruntergelassenen Jalousien alle Gegenstände aus ihren Taschen, die sie mit Keks füllte. Sie setzte sich dann vor den Kamin, wobei sie sich genau vor dessen Mitte placierte, spreizte die Beine auseinander und legte die Füße in die Höhe; dann las sie „gute" Bücher, während sie zugleich Keks knabberte. Bei dieser Patientin zeigten sich auch Kompromißbildungen: z. B. mußte sie in zwanghafter Weise während der Defäkation „erhebende" oder „gute" Bücher, besonders theosophischen Inhaltes, lesen. Am interessantesten ist aber wohl der Fall, wenn psychoneurotische Bildungen und psychotherapeutische Behandlungen die Funktion des Suchtmittels übernehmen. Man kann leicht beobachten, daß die zwangsneurotischen Erscheinungen und die die Melancholie begleitenden Affekte vom Patienten als gegenständlich empfunden und beschrieben werden. Der Zwangsneurotiker meint, daß eine „Lücke" oder „Leere" in ihm zurückbliebe, wenn seine Neurose geheilt würde, und der an Depression leidende Patient beschreibt sehr häufig seine endopsychischen Konflikte und Affekte als „Gewichte" und „Klumpen" in seinem „Inneren". Vor kurzem habe ich einen Fall beobachtet, in dem plötzlich eine Zwangsneurose an die Stelle einer sehr ausgesprochenen Sucht trat. Die Patientin reagierte nun genau so auf die Möglichkeit einer Heilung der Neurose wie ein Süchtiger auf den Gedanken einer Entziehung. Sie „müsse die Neurose haben", „sie könne sie nicht aufgeben" usw. Diese Änderung des Symptoms war nicht einfach nur durch die Änderung ihrer Abwehrmechanismen bedingt, sondern die Zwangsneurose

mit den sie begleitenden Affekten stellte ein geeignetes „Suchtmittel" dar. Diese Änderung war unmittelbar dadurch veranlaßt worden, daß sie eine freundschaftliche Beziehung zu einem Mann einging, der für sie einen mütterlichen Typus repräsentierte. Eine ähnliche Auffassung der psychotherapeutischen Behandlung vertrat Janet für die Hypnose: Er führte aus, daß der Zustand der somnambulen Leidenschaft mit der Sucht des Morphinisten zu vergleichen sei. Jones kommentiert diese Beobachtung und bringt sie mit ähnlichen Erscheinungen beim Alkoholismus in Verbindung. Die Feststellung, daß Patienten Deutungen entweder als feindliche, fremde oder aber als freundliche Substanzen empfinden, ist eine alltägliche Beobachtung in der Psychoanalyse. Kurzum, wir haben allen Grund, anzunehmen, a) daß unter geeigneten psychischen Bedingungen jede Substanz die Funktion des Suchtmittels annehmen kann, b) daß „psychische Substanzen" einen Ersatz für die Vorstellung von konkreten Substanzen bilden können, c) daß diese beiden Arten von Substanzen sich in gute und böse, unschuldige und schuldbeladene, wohltätige und bösartige, heilende und schädliche einteilen lassen.

Man kann sich wohl kaum der Folgerung verschließen, daß, wie verschiedenartig die aus den erogenen Quellen stammenden Beiträge zur Sucht auch sein mögen, eine bestimmte Form von Triebregungen doch durch alle Suchtmittel repräsentiert wird, nämlich die verdrängten aggressiven oder sadistischen Triebregungen. Man muß aber zugeben, daß es schwer ist, diese Regungen zu isolieren, und daß man deshalb nicht behaupten darf, die Sucht stelle nun ganz einfach eine Reaktion auf den Sadismus dar. Ganz abgesehen von der unbestreitbaren Bedeutung der libidinösen Komponenten für die Symbolik der Sucht, haben die Suchtmittel auch gewisse Eigenschaften, die einer Mischung der libidinösen und aggressiven Komponenten entsprechen. So ist es klar, daß das Moment des „Guten" und „Bösen" bei manchen Süchten darauf beruht, daß dem Suchtmittel unbewußt die Fähigkeit zugeschrieben wird, als Schwängerungsmittel sowie auch als Abtreibungsmittel zu dienen. Trotz dieser Einschränkungen soll aber untersucht werden, ob durch Betonung des sadistischen Momentes sich ein für die schädlichen Süchte (schädlich im Vergleich zu den vom sozialen Standpunkt aus „gutartigen" Süchten) spezifischer Faktor erkennen läßt.

Der erste Schritt in dieser Untersuchung wäre, festzustellen, welche tatsächlichen Eigenschaften den „schädlichen" Suchtmitteln zukommen, die sie von den „gutartigen" unterscheiden. Es ist klar, daß die schädlichen Suchtmittel bestimmte gefährliche und verderbliche Qualitäten haben. Wenn auch viele an sich unschädliche Nahrungsmittel ähnliche schädliche Wirkungen her-

vorrufen können, wenn sie in unvernünftiger Weise genommen werden (z. B. im Fall eines Patienten, der sich nicht an die ihm vorgeschriebene Diät hält), scheint diese Unterscheidung doch bis zu einem gewissen Grade allgemeine Geltung zu haben. Dies würde die Vermutung nahelegen, daß für die Wahl der schädlichen Sucht das Moment des Sadismus bestimmend sei. Das Suchtmittel würde also eine Substanz (ein Partialobjekt) mit sadistischen Eigenschaften darstellen, das sowohl in der Außenwelt, wie auch im eigenen Körper existieren kann, das seine sadistischen Eigenschaften aber nur im Körperinnern entfaltet. Dieser Zustand würde einen Übergang zwischen dem bedrohlichen, nach außen verlegten Sadismus eines paranoiden Systems und dem eigentlichen verinnerlichten Sadismus eines melancholischen Systems bedeuten. Die Sucht würde eine bestimmte Mischung einer psychischen Gefahrsituation und deren Beruhigung darstellen. Zweifellos würden die melancholischen (verinnerlichten) Züge durch den Versuch, die drohenden Gefahren der Außenwelt (die Suchtmittel) mittels Verschluckens zu bewältigen, gesteigert, während die Neigung zur Abstinenz in den Gefahren einer intensivierten melancholischen Phase durch den Umstand verstärkt würde, daß die Suchtmittel tatsächlich in der Außenwelt — in den Apotheken — vorhanden sind.

Eine zweite Eigenschaft der schädlichen Suchtmittel stellt uns vor ein schwierigeres Problem. Diese Substanzen können Wirkungen hervorrufen, die gewöhnlich in einer gemischten, halb psychologischen, halb physiologischen Terminologie beschrieben werden. Sie werden als Stimulantia, Depressentia, Hypnotica, Narcotica, Analgetica, Sedativa, Intoxicantia usw. bezeichnet; verschiedene sensorische und psychische Störungen werden mittels der gleichen Terminologie beschrieben. Klinische, an der Melancholie, Hypochondrie und Konversionshysterie gemachte Beobachtungen zeigen uns aber, daß ein solcher Versuch, das Problem vom semiphysiologischen Standpunkt aus anzugehen, nicht nur ungenau, sondern auch irreführend sei; daß man kein Verständnis für subjektive Empfindungen sensorischen oder affektiven Charakters gewinnen könne, ohne das Vorhandensein von Konflikten zwischen den psychischen Instanzen in Betracht zu ziehen. Z. B. äußerte sich in einem von mir behandelten Fall die Wirkung von starken Dosen von Schlafmitteln darin, daß die Patientin ein „schwankendes" Gefühl empfand, als ob ihr „die Beine abgeschnitten wären". Übrigens nahm die Patientin das Schlafmittel nur selten zur richtigen Zeit, nämlich vor dem Schlafengehen, sondern gewöhnlich gerade, bevor sie spazieren ging. Einige Assoziationen führten zu dem Gedanken an die Mutter, die schwache Beine hatte. Zu dieser Zeit konnte die Mutter zufolge einer schwächenden Krankheit nicht umhergehen. Die Patientin agierte also auf

diese Art nicht nur eine Selbstbestrafung, sondern wiederholte auch das ursprüngliche Verbrechen, das Abschneiden der Beine der Mutter, an sich selbst. In diesem Fall bewirkte das Einnehmen des Mittels häufig ein Gefühl der „Gesundheit" in der oberen Körperhälfte. Dieser Mechanismus klärte sich durch folgende Feststellung auf: Zur Zeit, als sie sich in zwanghafter Weise mit dem Gedanken, einen Penis zu besitzen, befaßt hatte, war eine Art, sich von diesem gefährlichen Organ zu befreien, die Vorstellung gewesen, er sei in eine der unteren Extremitäten gerutscht. So zerstörte das Suchtmittel also nicht nur die Beine, sondern auch den versteckten Penis. Ihr Zwang, eine Dosis zu nehmen, war häufig dadurch bedingt, daß die Vorstellung von bestimmten Personen sie störte. Sie fühlte, diese Personen wären „in ihrem Kopf", und das Medikament könnte sie „in ihr töten". Es konnte auch die Intensität mancher Zwangsbilder (Organe, Personen) „abtöten". Hierin war auch ein masochistisches Element enthalten: wenn sie betäubt war, würden kleine Feinde sie angreifen, — Vorstellungen, die in bewußten Schwangerschafts- und Entführungsphantasien einen deutlicheren Ausdruck fanden.

In Fällen dieser Art beruht die durch das Einnehmen des Suchtmittels bedingte Erleichterung in vieler Beziehung darauf, daß der Sadismus durch den Sadismus geheilt wird, — wenn auch zweifellos die masochistische Befriedigung eine große Rolle spielt. In andern Fällen, in denen das Suchtmittel nur eine unmittelbare Erleichterung und Befriedigung bewirkt und bei denen kein sekundärer Verfall beobachtet wird, werden die masochistischen und Selbstbestrafungstendenzen in den Abstinenzperioden befriedigt. Dies stimmt mit der von S i m m e l und verschiedenen Andern geäußerten Ansicht überein, nämlich, daß die Phasen der Abstinenz einen wesentlichen Bestandteil einer ausgebildeten Sucht darstellen. Es scheint, alles in allem, daß bestimmte Suchtmittel zufolge ihrer narkotischen und schädlichen Eigenschaften klinisch in eine besondere Klasse eingereiht werden sollten, weil sie nämlich besonders geeignet sind, sadistische Regungen zum Ausdruck zu bringen. Notwendigerweise scheint sich die Formel zu ergeben, daß die eigenen Haßregungen des Individuums sowie die Identifizierung mit ambivalent geliebten Objekten einen psychischen Gefahrzustand darstellen und daß dieser Zustand als ein verinnerlichter konkreter Fremdkörper empfunden wird. Das Suchtmittel ist dann letzten Endes ein äußeres Antidot, das mittels Zerstörung heilt. In diesem Sinne wäre die Sucht als ein Fortschritt der Paranoia gegenüber zu betrachten: das paranoide Moment wird auf das Suchtmittel beschränkt, das dann als Heilmittel gegen den intrapsychischen Konflikt vom melancholischen Typus verwendet wird. Eine der spezifischen Funktionen der Sucht dürfte die L o k a l i-

sierung der paranoiden Angst und die Ermöglichung einer äußeren Anpassung sein.

Anderseits warnen uns einige Überlegungen, diese Auffassung zu übertreiben. Zunächst sehen wir, daß der Patient das gleiche Suchtmittel zu verschiedenen Zeiten als „gut" und als „böse" betrachtet. Zweitens schreiben Zwangsneurotiker, die keine manifesten Suchtneigungen zeigen, Speisen sowohl eine reinigende, heilende, als auch eine schädliche Wirkung zu. Überdies zeigen manche Süchtige eine deutlich zwangsneurotische Tendenz in der Art, wie sie die Zeit des Einnehmens und die Stärke der Dosis eines schädlichen Suchtmittels festsetzen (sie nehmen das Mittel z. B. dann, wenn ihre Gedanken „böse" sind). Dieses Moment weist darauf hin, daß die Sucht auch im Dienste von freundlicheren Tendenzen steht. Weiters ist bei manchen schädlichen Süchten gerade die beruhigende und heilende Wirkung auffallend. Anderseits ist bei der überwiegenden Mehrzahl der „gutartigen" Süchte die lebensspendende und heilende Bedeutung ganz deutlich. Schließlich, eine wie wichtige Rolle unbewußte paranoide und melancholische Mechanismen in der Sucht auch spielen, so bleibt doch die klinische Tatsache bestehen, daß manifeste Symptome dieser Art bei der Mehrzahl der schweren Fälle von Sucht nicht vorkommen. Wenn es auch unter dem Einfluß von Suchtmitteln (z. B. bei Vergiftungen) zu Störungen und während der relativen Abstinenz zu Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen kommen mag (z. B. einer retrograden Amnesie), so ist doch die Realitätsbeziehung des Patienten im Allgemeinen nicht in grob sichtbarer Weise gestört. Überdies besteht bei der Sucht, wie ich gezeigt habe, keine Neigung zu paranoider Regression. Diese klinischen Feststellungen mögen noch durch die theoretische Überlegung ergänzt werden, daß eine rein paranoide Grundlage der Sucht eine schlimmere Prognose der Sucht erwarten ließe, als auf Grund der Statistiken der dauernden Abstinenz tatsächlich berechtigt ist.

Die „gutartige" Bedeutung der Suchtmittel beruht, wie die analytische Beobachtung ergibt, fast ausschließlich auf den folgenden drei Momenten: a) auf der engen Beziehung zwischen den Suchtmitteln und den erogenen Regungen, b) auf dem Umstand, daß die späteren, vorwiegend genitalen Phasen der Libidoentwicklung als Schutz gegen frühere stärker sadistische Phasen dienen, c) auf dem Vorhandensein der Mechanismen des „Ungeschehen- und des „Wiedergutmachens".

Der Beweis, den wir in ausgedehntem Maße für die symbolische Beziehung zwischen der Sucht und den libidinösen Regungen besitzen, braucht hier wohl nicht angeführt zu werden. In vielen Fällen bedarf die Symbolik über-

haupt keiner Deutung. Es spricht auch vieles zugunsten von Radós Konzeption der „Metaerotik". Hingegen kann ich seine Annahme eines bestimmten alimentären Orgasmus, der auf einer alimentären Erotik beruht, nicht bestätigen. Ich zweifle nicht daran, daß die alimentäre Erotik sich in vielen Fällen als wichtiger Faktor erweist. Diese zeigt sich, meiner Erfahrung nach, am deutlichsten bei Fällen von Chlorodyne.[4]

Bei anderen Süchten aber, z. B. im Falle von Chloroform, Äther usw., ist es deutlich, daß die nasale und respiratorische Erotik hervortritt. Die Analyse solcher Fälle beweist auch das Vorhandensein eines bestimmten selektiven Prozesses. In bestimmten Fällen von Alkoholismus ist es deutlich, — nicht nur auf Grund der Symbolik, sondern auch auf Grund bestimmter Berichte, — daß die Urethralerotik eine größere Rolle spielt als die Oralerotik. In einem Fall rief der erste Schluck von Weißwein, Whisky, Sherry oder Bier jedesmal unmittelbar erotische Sensationen in der Blase hervor, die dann auf die Penisspitze übergingen. Auf jeden Fall aber, gleichgültig, ob das Hauptmoment in einem kurzschlußartigen Vorgang oder einem selektiven Prozeß besteht, stellt Angst und Schuldgefühl nicht einfach die Reaktion auf die Erregung einer Zone dar. In dem eben erwähnten Fall von Alkoholismus, in dem die Urethralerotik offensichtlich den wichtigsten Faktor darstellte, war diese darum so wichtig, weil alle Beziehungen zwischen dem Ich und den Objekten vorwiegend auf urethral-sadistischer Grundlage beruhten. Aus diesem Grunde wurde Wein als gefährliches Gift betrachtet; dieses konnte nur durch Zufuhr von mehr Wein geheilt werden; es stellte ein Schwängerungsmittel dar; es bedeutete ein Abtreibungsmittel usw. Und letzten Endes bedeutete es eine liebende und heilende Substanz.[5]

Nun kommen wir zu dem zweiten Punkte, nämlich daß spätere und in stärkerem Maße genitalisierte Faktoren als Schutz gegen die frühere Angst vor drohenden äußeren Substanzen empfunden werden. Diese Bedeutung der Sucht wurde von Simmel und später von Schmideberg hervorgehoben. Je mehr das Suchtmittel mit einer verhältnismäßig freundlichen „Samen-Penis-Kind"-Vorstellung identifiziert wird, um so zwanghafter ist das gutartige Moment in der Sucht. Diese „freundliche" Bedeutung ist natürlich nur relativ, da

4) Tinctura Chloroformi et Morphii composita officinalis.

5) Wenn auch die Bedeutung der oralen, exkretorischen und genitalen Regungen für die Ätiologie der Sucht allgemein anerkannt sind, so sind wir doch nicht berechtigt, eine endgültige Entscheidung über ihre relative Wichtigkeit zu treffen, da bisher noch keine tiefgehende Analyse einer „respiratorischen (Inhalations-) Sucht" veröffentlicht worden ist. Solange dies aber nicht erfolgt ist, dürfen wir uns noch nicht festlegen.

der Sadismus auch in der Phase der infantilen genitalen Regungen noch eine wichtige Rolle spielt und sein Ausmaß an der Intensität der Kastrationsangst erkannt werden kann.

Der dritte Punkt bezieht sich auf die Schutzfunktion, nämlich auf die Vorstellung, daß eine gute Substanz eine böse entweder neutralisieren oder die durch die böse Substanz zugefügten Schädigungen heilen kann. Es wurde vor kurzem gezeigt, daß diese Mechanismen in der Zwangsneurose und in vielen scheinbar normalen Aktivitäten, z. B. in den Sublimierungen, eine große Rolle spielen. Nach meiner Erfahrung besteht die Wirksamkeit dieser Faktoren auch in der Sucht.

Eine interessante Seite des Problems der gutartigen Elemente in der Sucht stellt das benachbarte Problem des Fetischismus dar. Die Beziehung zwischen dem Fetischmus und einigen Formen der Sucht, insbesondere dem Alkoholismus, ist bekannt.

Ich kann hier aus Raummangel nicht näher auf dieses Problem eingehen.[6] Ich möchte jedoch folgende Formulierungen vorschlagen: 1. daß der Übergang zwischen den paranoiden Zuständen und einer normalen Realitätsbeziehung, der Sucht und später dem Fetischismus nicht nur Angstsituationen in einer abgekürzten Reihenfolge darstellt, sondern auch schon die Anfänge sich immer mehr erweiternder Abwehrmechanismen der Angst gegenüber bedeuten. Die späteren, libidinösen, weniger Sadismus enthaltenden Phasen werden als Angstschutz verwendet; 2. daß die Kleidung im allgemeinen nach der Nahrung den nächsten Schritt in der Überwindung der paranoiden Reaktion auf die Realität darstellt; 3. daß die Verknüpfung von Fetischismus und Alkoholismus eine kombinierte Bemühung bedeutet, eine freundliche Beziehung zu den Objekten herzustellen, die in einer früheren Phase als im eigenen Körper befindlich gedacht waren, z. B. zu dem sadistischen Penis des Vaters, den das Kind aus dem Leibe der Mutter rauben wollte.

Um die Beziehungen der schädlichen Suchtmittel zu den gutartigen kurz aufzuzählen, so scheint es sicher zu sein, daß die schädlichen Süchte die Reaktion auf einen akuteren Angstzustand darstellen; daß die Suchtmittel zufolge ihrer destruktiven Eigenschaften sowohl symbolisch wie auch durch ihre tatsächliche Wirkung einen Ausdruck des Sadismus darstellen, wenn auch die heilende und neutralisierende Bedeutung selbst bei den schädlichen Suchtmitteln nicht ausgeschlossen werden darf. Auch in den gutartigen Süchten stellt das Suchtmittel noch ein Vehikel des Sadismus dar, aber die Intensität des Sadis-

6) Siehe die Originalarbeit.

mus ist verringert und er ist mit weniger archaischen Phantasien verknüpft. Daher ist die Angst, sowohl die für den Zustand des eigenen Körpers wie auch die vor den Gefahren der Außenwelt, verringert. Die Realität hat eine freundlichere Bedeutung gewonnen, und demzufolge können in den milden Süchten unschädliche Nahrungsmittel oder ein Ersatz für diese als Suchtmittel dienen. Ich habe schon ausgeführt, daß wir noch nicht in der Lage sind, zu der Frage, welche Körperteile durch das Suchtmittel symbolisiert werden, endgültig Stellung zu nehmen. Aber wir scheinen doch schon berechtigt, ein oder zwei Modifikationen der früheren Ansichten vorzunehmen. Die offenkundige Betonung des phallischen Momentes seitens des Süchtigen muß bis zu einem gewissen Grade eingeschränkt werden. Und wenn man an der Bedeutung des oralen Faktors auch nicht zweifeln kann, so besteht doch Grund zu der Annahme, daß diese Bedeutung, besonders bei den schädlichen Süchten, teilweise zum Zwecke der Abwehr überbetont wird. Ich habe den Eindruck, daß bei den typischen Süchten das Suchtmittel Exkrete symbolisiert und daß diese wiederum eine primitive und fast unbeherrschbare Form des exkretorischen Sadismus repräsentieren.

Ich bin sicher, daß R a d ó, wenn er sagt, daß das Schuldgefühl keine spezifische Rolle in der Sucht spielt, das Schuldgefühl meint, das mit der Über-Ich-Bildung in der phallischen Phase verknüpft ist. Vom theoretischen Standpunkt aber kann die Über-Ich-Bildung dann vorausgesetzt werden, wenn Introjektionsvorgänge genügend ausgebildet sind, um Energie an sich zu ziehen, die sonst auf einem direkteren Wege Objekten gegenüber entladen würde. Der wesentliche Punkt in bezug auf die Sucht ist aber der, daß sie eine Phase in der Entwicklung darstellt, in der primitive Partialobjekte introjiziert werden und psychische Energie absorbieren, die Projektion aber in ihrer vollen Intensität noch nicht aufgegeben worden ist. Es war immer schwer zu verstehen, wie die p h y s i o l o g i s c h e n Wirkungen des Alkohols spezifisch auf die p s y c h i s c h e n Instanzen wirken können. Die Antwort ist nun klar: Die Wirkung wird durch die psychologischen, hauptsächlich durch die symbolischen Vorgänge hervorgerufen, denen die physiologische Wirkung ein Stück Realität verleiht. Die physiologische Wirkung des Suchtmittels wird vom Süchtigen ausgenützt, weil es ihm Energieaufwand erspart. Den gleichen Mechanismus findet man in den Psychosen und Neurosen. Die Remission, die man bei der Melancholie während interkurrenter organischer Erkrankungen beobachten kann, bedeutet eine Energieersparnis für den Melancholiker; und es ist klar, daß der Konversionshysteriker eine gelegentliche organische Störung nach Möglichkeit ausnützt und sich auf diese Art die Mühe der Symptombildung

erspart. Ich unterschätze nicht die vom Physiologen als spezifisch bezeichnete Wirkung des Suchtmittels auf das Nervensystem (oder die auf dem Wege des Nervensystems zustande kommende Wirkung). Anderseits behaupte ich aber, daß das Phänomen der p s y c h i s c h e n Hemmung (oder des Wegfalls von Hemmungen), das mit der Wirkung der Suchtmittel einhergeht, nicht rein p h y s i o l o g i s c h erklärt werden kann. Meiner Ansicht nach empfindet der Süchtige die „Wirkung" des Suchtmittels in infantil-symbolischer Weise. In den frühesten Stadien hängt die endopsychische Wahrnehmung von Triebreizen mit der sensorischen Wahrnehmung von Störungen in den Organen oder allgemeiner mit störenden Substanzen im Körper innig zusammen. Das gleiche gilt auch für die frühesten Wahrnehmungen der Wirkung der primitiven seelischen Instanzen (z. B. für einen Konflikt mit dem Über-Ich, der Entbehrungen verursacht). Wenn der Säugling sich psychisch Objekte (oder wichtige Organe von Objekten) einverleibt und dies eine primitive Form von Schuldgefühl hervorruft, so kann dieses Schuldgefühl auf — sozusagen — physiologischem Wege bewältigt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus läßt sich die Bedeutung der Sucht folgendermaßen beschreiben: Indem der Körper — eigentlich die Sinneswahrnehmung — abgetötet, „abgeschnitten" werden, scheint das Suchtmittel die Triebspannung oder Entbehrung beseitigt zu haben: es vermag aber auch psychische „Objekte" im Körper sowie auch den Körper als „Selbst" zu töten, zu heilen, zu strafen oder zu befriedigen. Indem die Außenwelt „abgeschnitten" wird, können nicht nur aus der Außenwelt stammende Reize beseitigt werden, sondern auch in die Außenwelt projizierte innere Triebreize. Zugleich können aber auch äußere als gefährlich empfundene Objekte getötet oder gestraft werden; diese Fernhaltung der Objekte kann aber auch zu ihrem Schutze unternommen sein. Diese „doppelte Wirkung" erklärt den außerordentlich intensiven Zwang, der mit der Sucht einhergeht. Er ist besonders stark in den Fällen, in denen sowohl das „Selbst" wie auch die „introjizierten Objekte" als böse und gefährlich empfunden werden, und die einzige Möglichkeit, ein gutes „Selbst" und gute Objekte zu bewahren, darin liegt, es (in Form eines guten Objektes) in der Außenwelt zu isolieren.

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Ein Prüfungstraum

Von

Melitta Schmideberg

London

An anderer Stelle[1] habe ich über die Lernschwierigkeiten eines 16jährigen Jungen berichtet, die durch die Verdrängung seiner Aggressionsneigungen bedingt waren. Ein Traum, den er in der letzten Phase seiner Analyse träumte, ermöglichte einen Einblick in die tieferen Gründe seiner Prüfungsangst.

Er erzählte zu dieser Zeit in der Analyse immer wieder von seinem Freund Oskar. Er forderte, daß er und sein Freund in allem gleich seien, er dürfe ihn in nichts übertreffen, — denn sonst wäre es keine wahre Freundschaft. Es drückte ihn z. B. sehr, daß er bessere Lateinaufsätze schrieb als Oskar. Er meinte auch, daß er Oskar nicht zu seiner Meinung bekehren, ja ihm nicht einmal helfen dürfe, denn dadurch würde er seine Überlegenheit beweisen. Herbert hatte im Alter von fünf Jahren eine kleine Freundin gehabt, die er zärtlich liebte, und wir hatten in der Analyse festgestellt, daß Oskar für ihn die Rolle dieses kleinen Mädchens übernommen hatte. Ich äußerte nun die Vermutung, daß er darum so ängstlich bemüht sei, jede feindselige Regung gegen Oskar zu unterdrücken, weil er fürchte, daß sich sonst seine sadistischen Phantasien, die er Mädchen gegenüber gehabt hatte, auch Oskar gegenüber durchsetzen könnten.

Herbert hatte sich schon vor längerer Zeit erinnert, daß er im Alter von zwölf Jahren ausschweifende Phantasien gehabt hatte. Damals hatte er sich vorgestellt, daß er Frauen oder Mädchen vergewaltige, ihre Brüste zerkratze und beiße. Auf meine Vermutung, daß die übertriebene Liebe zu Oskar zur Abwehr solcher sadistischer Regungen diene, erinnerte sich Herbert plötzlich an einen Traum, den er im Alter von zwölf bis dreizehn Jahren wiederholt gehabt hatte: *Es brennt im Schulhof, an einer bestimmten Stelle, gegenüber vom Turnsaal.* Er erzählte weiter, daß er, als er las, daß die Brüder Sass[2] einen unterirdischen Gang gegraben hätten, sich

1) Ztschr. f. psa. Päd. Sonderheft: Intellektuelle Hemmungen, 1930.

2) Berliner Einbrecher, die auch einen Bankeinbruch verübten. Herbert selbst hatte einmal eine ähnliche Phantasie gehabt. Als er von der Schwangerschaft seiner Mutter sprach,

vorstellte, dies sei im Schulhof gewesen. Auch bei der Lektüre einer Szene im Kasernenhof (bei Remarque), in der ein Hauptmann die Soldaten schlecht behandelt, hatte er das Gefühl gehabt, sie spiele im Schulhof. — Er phantasiert nun weiter, daß die andern Jungen unter seiner Anführung diesen Hauptmann erschießen und über die Mauer entfliehen. Ich mache Herbert darauf aufmerksam, daß in einer früheren Phase seiner Analyse das Graben unterirdischer Gänge eine große Rolle gespielt und einen Ersatz für das Eindringen in den Leib der Mutter bedeutet hatte. Der Brand des Schulhofes sowie das Graben des unterirdischen Ganges dürften also einen Angriff auf eine Frau, vermutlich auf die Mutter, darstellen. Nun erinnerte sich Herbert, daß die sadistischen Vorstellungen im Alter von zwölf Jahren weiter gegangen wären. Er hatte von Jack, dem Aufschlitzer, gelesen, und sich nun vorgestellt, daß er Mädchen überfalle, sie in den Turnsaal schleppe, ihnen dort den Bauch aufschlitze und sie in lauter kleine Stücke zerschneide. Die weiteren Assoziationen ergaben, warum der Turnsaal in diesen Phantasien eine Rolle spielte. Vor der Turnstunde der Jungen war die der Mädchen, und die Jungen mußten unten im Hof warten, bis die Mädchen weggegangen waren. Herbert hätte gerne die Mädchen unbekleidet gesehen, und dachte sich, vielleicht gelänge ihm dies, wenn der Schuldiener, der aufzupassen hatte, einmal erkrankte. So war auch der Zusammenhang zwischen den sadistischen Phantasien den Mädchen gegenüber und der phantasierten Ermordung des Hauptmanns klar geworden: Herbert hatte sich bewußt gewünscht, der Schuldiener möge erkranken, unbewußt aber phantasiert: die Jungen ermorden ihn — wie den Hauptmann —, dann kann er zu den Mädchen.

In der nächsten Analysenstunde war Herbert sehr lebhaft, kritisierte die Mutter, wünschte sich eine Freundin und polemisierte gegen den Zwang zu heiraten. Durch Aufdeckung seiner sadistischen Phantasien hatte sich seine Angst vor der Mutter verringert und seine heterosexuelle Einstellung verstärkt.[3] In der darauffolgenden Stunde war er wieder sehr schlechter Stimmung. Er erzählte, er hätte einen Traum gehabt, den er nicht mehr wüßte, machte sich Sorgen um Oskar, der ihm auf seine Briefe nicht geantwortet hatte, fürchtete, Oskar könnte Selbstmord begehen oder begangen haben (er hatte manchmal Selbsmordgedanken geäußert). Weiter fiel ihm nichts mehr ein. Ich sagte ihm, daß seine schlechte Stimmung vermutlich die Reaktion auf die vorletzte Analysenstunde sei, und daß auch seine Sorge um Oskar damit zusammenhängen dürfte. Da Oskar für ihn ein Mädchen bedeute, hätte er seine sadistischen Phantasien wohl auch auf ihn übertragen, und nun fürchte er, daß sie in Erfüllung gegangen seien, daß er tot sei. Wahrscheinlich hätte er auch mir gegenüber sadistische Phantasien (solche waren in der Analyse schon wiederholt aufgetaucht) und deshalb Angst vor mir. Bisher sei es jedesmal durch Angst vor mir bedingt gewesen, wenn ihm nichts eingefallen war.

Darauf erinnerte sich Herbert an seinen Traum: *Es ist Prüfung. Wir haben einen Text ins Deutsche zu übersetzen, der beginnt mit „Jack, the — —“ (Wort*

tauchte der Gedanke auf, an der Wand sei ein Safe, den man sprengen und ausrauben könne. Auf diese Darstellung der sadistischen Phantasien gegen die schwangere Mutter reagierte er mit heftigster Angst.

3) Die Mutter stellte fest, daß er von diesem Zeitpunkt ab sehr viel netter und umgänglicher geworden war.

fehlt). Alle andern können es übersetzen, nur ich nicht. Ich habe das Gefühl, wenn ich wenigstens ein ähnliches Wort dafür wüßte, wäre es schon gut, aber ich kann es nicht. Oskar hat es besonders gut übersetzt, hat fünf oder sechs Worte dafür gefunden. Bei der Prüfung sind der Klassenlehrer, andere Lehrer und auch Besucher anwesend.

Er bringt folgende Assoziationen zu dem Traum: *Es ist Prüfung.* Es ist wie die letzte Lateinprüfung, die recht schlecht ausgefallen ist, schlechter als seinen Kenntnissen entsprach. Es hieß im Traum auch, sie *sollten Papier und Schreibzeug mitbringen, und er fürchtete, er hätte nicht alles bei sich. Jack, the ...* erinnert ihn an: Jack, den Aufschlitzer, und an die Analysenstunde vor zwei Tagen. *Das fehlende Wort.* Es hatte etwas mit Trinken zu tun gehabt oder hieß *„the brewer"*. Zu trinken: Er kann keinen Alkohol trinken, vor allem kein Bier. (Schüttelt sich dabei.) Er konnte auch den Silvesterpunsch, den die Mutter bereitet hatte, nicht trinken. *„Brewer"* klingt so braun (ihn erinnert der Klang eines Wortes immer an eine Farbe). Zu braun: Kot, und das Bier sei ja auch braun. *Ich habe das Gefühl, wenn ich wenigstens ein ähnliches Wort dafür wüßte, wäre es schon gut, aber ich kann es nicht.* Dabei hat er ein furchtbar qualvolles Gefühl, besonders dem Klassenlehrer gegenüber. *Oskar hat es besonders gut übersetzt, hat fünf oder sechs Worte dafür gefunden.* Er macht damit gut, daß Oskar eine schlechte Note auf die Lateinarbeit bekommen hatte. *Es waren Besucher anwesend.* Die Mutter hat ihn im Landerziehungsheim, in dem er früher gewesen war, einmal besucht: Die Besucher hatten, wie er selbst hinzufügt, im Traum *schwarze Mäntel.* Mich hat er einmal in einem schwarzen Mantel gesehen.

Der Traum stellt die Reaktion auf die Analysenstunde vor zwei Tagen dar. Im Traum verlangt der Klassenlehrer, daß er das fehlende Wort, das braun klingt, etwas mit „trinken" zu tun hat — Kot, Bier, Urin — übersetzt („wiedergibt"). Er hat Angst, weil er das nicht kann. Diese Angst äußert sich auch in anderen Assoziationen: Er fürchtet, daß er nicht alles bei sich habe, was er zur Prüfung braucht und hat ein unangenehmes Gefühl mir gegenüber, weil er den Traum nicht berichten kann. Nun lassen sich seine sadistischen Phantasien dahin ergänzen, daß er den Mädchen nicht nur den Bauch aufschlitzen, sondern auch Kot und Urin herausnehmen und diese sowie auch die zerstückelten Glieder verzehren wollte. In der Erzählung am Vortag sagte er, die Glieder seien gleich verschwunden. Jetzt ergibt sich die Erklärung dafür: sie waren verschwunden, weil er sie in der unbewußten Phantasie aufgefressen hatte. Die Abwehr dieser kannibalischen Phantasien zeigt sich darin, daß er Bier, das ihn an Kot erinnert, sowie das von der Mutter bereitete Getränk nicht trinken kann und sich dabei vor Ekel schüttelt. Diese sadistischen Phantasien stellen seine Ödipuswünsche auf oral-, bezw. anal-sadistischer Stufe dar. Er erschlägt den Vater (den Schuldiener, den Hauptmann) und verzehrt die Mutter, bezw. ihren Leibesinhalt.[4] Darum fürchtet er die Vergeltung durch beide Eltern (im Traum: die Lehrer, die Mutter und mich). Der Inhalt des Traumes lautet also: Er soll das

4) Vgl. Klein: Frühstadien des Ödipuskonfliktes. Internat. Ztschr. f. PsA. XV., 1928. Die Aufdeckung dieser Phantasien zog sich durch die ganze Analyse. In der ersten Stunde schon erwähnte er das Buch von Remarque, aber es fiel ihm nichts weiter dazu ein.

fehlende Wort (den aus dem Leib der Mutter geraubten und verzehrten Kot) wiedergeben. Er fühlt sich dazu außerstande und fürchtet, alle seien nun gegen ihn. Nur Oskar kann versöhnen, dem er fünf oder sechs Worte gibt.

Nach diesem Stück Analyse schwand Herberts schlechte Stimmung. Er berichtete nun von Schwierigkeiten, die er beim Aufsatzschreiben hat. Er fürchte immer, der Aufsatz sei nicht lang genug, nicht inhalstreich genug, hätte keine schöne Form usw. Der Zusammenhang mit dem vorangegangenen Traum ergab, daß er den Aufsatz dem in der Phantasie geraubten Leibesinhalt der Mutter, den er wiedergeben soll, gleichsetzte. Seine Schwierigkeiten dabei waren durch die Besorgnis, er könnte nicht genug oder nicht in der richtigen Weise zurückgeben, bedingt. Beim Aufsatzschreiben setzten sich auch sadistische Regungen durch. Er sagte, er schreibe den Aufsatz zunächst kurz, zerlege dann jeden Satz in drei Sätze, damit er länger werde. Hier zeigt sich eine Analogie zum Zerstückeln der Mädchen.

Diese Determinierung von Herberts Prüfungsangst scheint typisch zu sein. Ich fand auch bei anderen Patienten, daß die Angst beim Antworten, Aufsatzschreiben, Beichten, Assoziieren in der Analyse usw. auf die Angst zurückgeht, der Prüfer erfahre alle Geheimnisse, in tieferer Schicht, er entnehme etwas dem Körper. Diese sadistische Bedeutung des Fragens stellte der neunjährige Willy dar, indem er mir gleichzeitig Glasknöpfe vom Kleid abriß, die er „Diamanten" nannte, und Rechenaufgaben stellte. Die „Diamanten" bildeten einen Ersatz für den Kot, den er meinem Körper entnehmen wollte, — Tendenzen, die er in zahlreichen Handlungen agierte.[5] Die Fragen, die er an mich richtete, hatten die gleiche Bedeutung.[6] (Er selbst hatte zu dieser Zeit große Rechenschwierigkeiten und Angst beim Antworten.) Damit stimmt auch der Sprachgebrauch überein: „Man entreißt jemandem sein Geheimnis", „quetscht ihn aus", „muß aus ihm jedes Wort herausziehen", „preßt ihn aus" usw. Die Folter wurde als „peinliche Frage" bezeichnet und die „Inquisition" bedeutet ja auch eine „Befragung".

Es scheint, daß Befragtwerden nicht nur die Angst weckt, des eigenen Körperinhaltes beraubt zu werden, sondern daß es auch als Aufforderung, das Geraubte wiederzugeben, empfunden wird. Ein Mädchen in der Pubertät reagierte auf die Mitteilung der Grundregel so, daß sie mir ihre Tasche zeigte: ich solle nachsehen, was darinnen sei; sie war leer. Im späteren Verlauf der Analyse ergab sich, daß die Tasche einen Ersatz für den eigenen Körper darstellte. Indem sie mir zeigte, daß die Tasche leer war, wollte sie beweisen, daß sie der Mutter nichts genommen

---

Gleichzeitig hatte er starke Angst. Nach Überwindung der ersten Schwierigkeiten gestand er, er müsse jedem Mädchen auf die Brüste schauen. Die volle Bedeutung dieser Assoziationen ergab sich erst gegen Schluß der Analyse. Die Erwähnung des Remarqueschen Buches deutete die Phantasie von der Ermordung des Hauptmannes (des Vaters) an, der Zwang, die Brüste zu sehen, bildete einen Ersatz für das phantasierte Zerkratzen, Beißen und Auffressen der Brüste.

5) Vergl. meine Arbeit: Einige unbewußte Mechanismen im pathol. Sexualleben etc. Internat. Ztschr. f. PsA., XVIII., 1932.

6) Auf die Gleichsetzung des Sprechens mit der Defäkation, des Wortes mit Stuhl oder Flatus, haben zuerst Jones (Die Empfängnis der Jungfrau Maria durch das Ohr, Jahrbuch f. psa. Forschungen, VI, 1914) und Ferenczi (Schweigen ist Gold, Internat. Ztschr. f. PsA., IV, 1916) hingewiesen.

hatte. Die Angst, der Prüfer könnte das Geheimnis erfahren, dürfte ursprünglich lauten, er könnte die sadistischen Phantasien erfahren, die geraubten Objekte — oder als deren Ersatz den eigenen Körperinhalt — zurückverlangen. Eine nicht zu starke Angst wird sich dahin auswirken, daß man den Prüfer durch eine gute Antwort (Geständnis usw.) zu versöhnen sucht, während eine übermäßige Angst lähmend wirkt.

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

In dieser Rubrik erscheinen die Beiträge in der Reihenfolge ihres Einlaufes bei der Redaktion.

ÜBER DIE PSYCHISCHEN PROZESSE BEI BASEDOW-PSYCHOSEN

Vortrag von Therese Benedek

gehalten in der Deutschen Psychologischen Gesellschaft am 26. November 1932.

Es werden zwei Fälle von depressiven Zustandsbildern geschildert, die als Folge von Hyperthyreosen enstanden sind. In dem ersten Fall handelte es sich um eine 33jährige Frau, bei der die depressive Verstimmung den Inhalt einer Phobie hatte. Der Suicidimpuls wurde isoliert und in der Form einer Phobie nach außen projiziert. In dem ersten Fall war es eine 34 Jahre alte Patientin, die mit großer Angst und mit der depressiven Selbstbeschuldigungsidee erkrankte, sie sei eine Mörderin.

1. Beide Patientinnen wurden durch Hormonmittel gegen den Morbus Basedow behandelt. Der in eine kurze Zeitspanne gedrängte Ablauf der psychischen Vorgänge bot für den Analytiker sehr viel Wesentliches, besonders in dem zweiten Fall. Da verwandelte sich die depressive Wahnidee: „ich bin eine Mörderin" in eine paranoide Idee: „Ich bin keine Mörderin, man hält mich nur dafür." Diese Projektion entstand, als die heterosexuelle Libido gesteigert wurde und dementsprechend eine andere Ich-Struktur zustande gekommen war. Als die physiologische, durch die Thyreotoxikose bedingte Angst auch nachließ, verblaßte der schuldhafte Wahn und in der dritten Phase hieß es: „Ich bin keine Mörderin, man hält mich auch nicht dafür, aber man könnte fragen, warum ich ein schlechtes Gewissen hatte"; und noch später heißt es: „Es ärgert mich, daß ich mich mit solchen unnötigen Gedanken abgequält habe."

2. Wir konnten hier bei derselben Patientin nacheinander in kurzer Zeit drei verschiedene Abwehrmechanismen beobachten:

1. Identifizierung = melancholische Idee.
2. Projektion = paranoide Idee.
3. Verschiebung = zwangsneurotischer Zweifel.

Diese drei verschiedenen Abwehrmechanismen entsprechen verschiedenen Ich-Besetzungen. Je größer die Aggression und die Angst, um so schwächer das Ich. So erliegt das ganz schwache Ich in der Identifizierung; das libidinös stärker besetzte Ich kann sich durch Projektion des quälenden Inhalts erwehren; bei einer besseren Ich-Struktur entsteht eine bessere Beziehung zur Umwelt, die Objektbeziehung wird nicht mehr durch Projektion gefährdet, sondern das Ich erträgt die Vorwürfe des Über-Ich; der Kampf zwischen Ich und Über-Ich spielt sich innerhalb des Individuums ab und erfolgt durch den Mechanismus einer Zwangsneurose.

Diese Beobachtungen zeigen, daß es einesteils von der Intensität der freiflottierenden und zu bewältigenden Angst, andernteils von der libidinösen Spannung des Organismus abhängt, wieviel Abwehrkräfte das Ich gegen die Aggression des Über-Ich mobilisieren kann.

3. Es werden die neueren Theorien des Morbus Basedow dargestellt, wonach Basedow nicht allein durch die Hyperfunktion der Schilddrüse entsteht, sondern auch dadurch, daß die Hyperfunktion der Schilddrüse eine Lähmung der Geschlechtsdrüsen hervorruft. Diese Dysfunktion der Keimdrüsen erklärt eine Anzahl der Symptome (Frigidität, Angst, psychische Erscheinungen der Bisexualität).

Im zweiten Fall klangen zuerst die Symptome ab, die durch die Dysfunktion der Ovarien erklärt werden konnten. Nachher wird aber der Organismus noch immer von Zeit zu Zeit von Angst überflutet. Diese Angst scheint die direkte Folge der Sympathikuserregbarkeit zu sein, aufrechterhalten durch die Schilddrüsenerkrankung.

Diese physiologische Angst ist verbunden mit dem psychischen Inhalt des Aggressionstriebes aufgetreten und stellte den seelischen Apparat vor die Aufgabe ihrer Bewältigung.

Beides, Angst und Aggression, bleiben immer quasi als Funktion voneinander abhängig.

Die hier veröffentlichten zwei Fälle von hyperthyreotischen Psychosen zeigen, daß die durch direkten organischen Reiz entstandene Angst seelisch die Symptome und Erscheinungen des Aggressionstriebes hervorruft.

Diese Fälle können aber nicht entscheiden, was das Primäre sei, die Angst oder die Aggression. Sie zeigen nur, daß die beiden zusammen auftreten.

In beiden Fällen können wir sehen, daß die Steigerung der heterosexuellen

Libido die Aggression und die Angst gebunden hatte, also Libido und Aggression als Gegensatzpaar gewirkt haben.

Für die allgemeine Theorie der hyperthyreotischen Psychosen wird hier ein Beitrag geliefert, indem gezeigt wird, daß die durch die Thyreotoxikose entbundene Angst und Aggression in dem psychischen Apparat so verarbeitet werden, daß durch die freigewordene Aggression die Strenge des Über-Ich gesteigert wird und dementsprechend ein depressives Zustandsbild zustande kommt.

DATEN ZUR MANISCHEN ASSOZIATION UND AFFEKTÜBERTRAGUNG

Vortrag von Endre Almásy

gehalten in der Ungarischen Psychoanalytischen Vereinigung in Budapest, am 4. November 1932

1. Die Manie wird in der Psychiatrie im allgemeinen als Muster der „freien" Assoziation betrachtet. Im beobachteten Fall ergaben sich aus der freien Assoziation Schwierigkeiten in der analytischen Arbeit, und zwar für den Arzt durch die Rapidität, Fülle und Inkohärenz der Assoziationen, für den Patienten durch die Unfähigkeit zu jenem gestraffteren Zustand, der die zeitweiligen Mitteilungen des Arztes ihm hätte nahebringen können. Ich wurde durch diese Sachlage zu einer das gewohnte Maß überschreitenden Passivität veranlaßt.

2. Da die Assoziationen — infolge ihrer erwähnten Eigenart — durch einfaches Zuhören nicht im Gedächtnis zu fixieren waren, verfertigte ich zwecks nachträglicher Untersuchung vom Material der ersten Stunden zeitweise Stenogramme. Der Eindruck der „Freiheit" und Inkohärenz wurde hauptsächlich durch die große Menge der aktuellen Wahrnehmungen hervorgerufen, welche für eine oberflächliche Betrachtung sich gänzlich ungeordnet häuften und durch die sich gerade abspielenden Ereignisse der Außenwelt bestimmt wurden. In einem Mindermaß tauchten auch fragmentarische Erinnerungen auf, welche ursprünglich peinlichen Inhaltes waren und traumatische Momente vermuten ließen. Außerdem mosaikartige Phantasien und Gedanken, die den Arzt betrafen. Das ganze Material wurde mit dem Vorzeichen einer für die Manie charakteristischen überschwänglichen Lust vorgebracht.

3. Nach einigen Stunden passiven Zuhörens veränderte sich wesentlich das Verhältnis zum Arzte. An die Stelle der manischen Vorstellungshäufung trat ein verlangsamtes, mehr zusammenhängendes, verständliches und verfolgbares Assoziieren, die Hyperthymie wurde von Gefühlen und Affekten abgelöst,

welche dem auftauchenden Erlebnismaterial adäquat verliefen. Dies beschränkte sich anfangs auf die analytische Stunde; sonst bestand das manische Bild unverändert fort. Diese Veränderung der Assoziationsweise und der Stimmung ermöglichte aktuelle Traumata aufzudecken, die das Ausbrechen der Manie herbeigeführt hatten: Krankheiten der Patientin, die zu einer Operation drängten und sie arbeitsunfähig machten, und eine Krankheit des Gatten, die sie für gefährlich, vielleicht tödlich hielt. Zu diesen gesellte sich noch eine teilweise real begründete Angst vor dem materiellen Zugrundegehen. Der aus solcher Situation entsprießende peinliche Seelenzustand war durch die sich über Nacht entfaltende Manie mit einem Male zum Verschwinden gebracht worden.

4. Die die Manie auslösenden aktuellen Traumata führten zur Untersuchung der ersten melancholischen Erkrankung, welche der Manie um siebzehn Jahre voranging. In der Geschichte ihrer periodischen Geistesstörung gab es noch zwei weitere melancholische Phasen mit demselben Intervall. Die traumatischen Erlebnisse, welche die Melancholie hervorbrechen ließen, sind mit den auslösenden Erlebnissen der Manie bis in Einzelheiten identisch: nach mehreren Aborten eine komplizierte Geburt, der noch zwei Operationen folgen mußten; parallel zur Krankheit des Gatten eine schwere Verwundung und Verschollensein desselben am Kriegsschauplatz. Auch das dritte Moment, der materielle Ruin, war gegeben, und zwar nicht nur als Befürchtung, sondern als durchlebte Realität.

5. Die Manie ist also die paradoxe Reaktion auf dieselben peinlich traumatischen Erlebnisse. Sie mutet zweifelsohne als Triumph, als Befreiung in Stimmung und Gemütslage an. Doch ist die Assoziation trotz ihrer scheinbaren „Freiheit" sehr gebunden. Dem Lustprinzip gemäß soll jede peinliche Vorstellung, also im gegebenen Fall gerade das Wesentliche, das traumatische Moment, dem Bewußtsein ferngehalten werden.[1] Der Inhalt der Assoziation wird also einerseits durch die Flucht determiniert (und verödet), anderseits wird — dem F r e u d schen Gedanken gemäß, der den Objekthunger des von den leidauslösenden Objekten befreiten Manischen hervorhebt — nach neuen, vielfältigen libidinösen Verbindungen mit der Außenwelt gesucht. Diese neue Besetzung der Außenwelt spiegelt sich in der großen Menge der neuen Wahrnehmungen, in der Überfüllung des W-Bw-Systems; hier bietet sich reichliche Möglichkeit zu fortwährender Flucht vor dem Peinlichen.[2] Unsere auf das analysierte Beispiel gegründete Behauptung, daß nämlich die schein-

1) Als „sekundärer Gewinn" konnten in der Manie die einst so schmerzvollen und jetzt wieder bedrohenden Operationen vereitelt, bezw. verschoben werden.

2) Ein scharfer Gegensatz zur Melancholie!

bar willkürlich zusammengeworfenen, heterogenen Wahrnehmungen von unbewußten Zielsetzungen streng determiniert sind, das heißt, daß die Auswahl der äußeren Eindrücke des Manischen nicht dem Zufall unterliegt, wird durch weitere Erfahrungen wahrscheinlich bekräftigt werden. Der Objekthunger des Manischen ermöglicht die Realisierung der spontanen Selbstheilungsbestrebungen. Der Arzt kann, quasi durch eine Affektsübertragungspassage, durch entsprechendes Verhalten die Übertragung auf seine Person konzentrieren und die Restitution in einigen Fällen vielleicht auch beschleunigen. Im beobachteten Fall war diese Übertragungskonzentration auffallend, ging schnell vonstatten und ließ dem Arzt gegenüber den manischen Zustand plötzlich aufgeben. Diese erst isolierte, auf die analytischen Stunden beschränkte Veränderung des Bildes ermöglichte das Verständnis und Bewußtmachen des Vorganges, was wieder den Weg zur Aufgabe der Manie ebnen konnte. Die schnelle Restitution machte der weiteren, bis in infantile Schichten vordringenden Verfolgung des Falles aus äußeren Gründen ein Ende; der Kranke mußte aus der geschlossenen Anstalt entlassen werden.

DIE PSYCHOSENANALYSE

Vortrag von Paul Federn

gehalten im Rahmen des Lehrinstituts der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung am 18. November 1932

Zur Indikation.

Die Psychoanalyse als Heilverfahren bei Psychosen gestattet zwei Wege. Man kann die gleiche Technik wie bei den Übertragungsneurosen verwenden und rechnet dann mit einer Verschlechterung der Komplexbeherrschung in Form akuter psychotischer Zustände, die auch eine Internierung nötig machen können, in der Annahme, daß diese Verschlechterung auf jeden Fall eingetreten wäre, und daß sie mit einem besseren Gleichgewichtszustand und einem größeren Aktionsradius der Persönlichkeit wieder ausheilen werde, als es ohne Analyse geschehen wäre. Solange wir aber, trotz großer Fortschritte im Verständnis der psychischen Klinik der Geisteskrankheiten, den Verlauf so schlecht zu prognostizieren vermögen, daß auch größte Empiriker arge Fehlprognosen stellen, habe ich den zweiten Weg für den richtigen gehalten, der die Verschlechterungen nach Möglichkeit soweit einschränkt, daß die Capitis diminutio durch die Verwahrung in einer geschlossenen Anstalt möglichst vermeidbar bleibt. Als Preis dafür mußte ich auf die Vollständigkeit der Analyse und auf die unpersönliche Haltung des Analytikers während derselben ver-

zichten. Bei früheren Vorträgen — an der Wiener Vereinigung und vor einigen Kollegen beim Oxforder Kongreß — wurde mir oft eingewendet, daß das keine Analyse mehr sei. Dieser Einwand ist unrichtig, weil die unvollständigen Teile des Verfahrens nicht nur mit psychoanalytischem Wissen, sondern auch mit der psychoanalytischen Zielsetzung und Methode vor sich gehen, um die aus dem Unbewußten hervorbrechenden Störungen durch das Ich beherrschbar zu machen. Nur begnüge ich mich mit den Störungen, die der Krankheitsprozeß von selbst liefert und rufe nicht welche hervor, wie es bei den Übertragungsneurosen durch die Einhaltung der Grundregel und die Versagung der Gegenübertragung in typischer Weise geschieht. Der Eintritt psychotischer Symptome beweist nämlich, daß schon vor aller Aufhebung von Verdrängungen durch den Eingriff der Psychoanalyse das sonst Unbewußte wirksamer geworden war, als es das Ich des Patienten bewältigen kann. Es ist reichlich Material zur Analyse geboten; die Schwierigkeit liegt nicht am analytischen Aufdecken, sondern an der Behandlung des erkrankten, widerstandslos gewordenen Ichs. Die Aufgabe der Psychoanalyse ist weit mehr dazu zu helfen, daß normale Widerstände sich wieder oder neu bilden.

Daß dieses gelinge, dazu bedarf es günstig wirkender Faktoren, die auch bei der Neurosentherapie mitwirken, aber bei den Psychosen die Vorbedingung der psychoanalytischen Behandlung überhaupt sind.

Sehr häufig kam der psychotisch Kranke wegen einer vorgebauten Übertragungsneurose in die Psychoanalyse, wurde exakt und vorzüglich analysiert, oft auch mit überraschend schnellem Erfolge, brach daraufhin die Analyse ab und kommt nach einem Intervalle mit ausgesprochener Psychose in unsere Beobachtung oder in die geschlossene Anstalt. Daraus wird von gegnerischer Seite der Psychoanalyse oft der Vorwurf gemacht, daß sie die Erkrankung ausgelöst habe. Seit ich einige solche Fälle nachbehandelt habe, bin ich gegenüber der Stichhältigkeit dieses Vorwurfes skeptisch. Ich habe Fälle wegen der lauernden Psychose abgelehnt und sah sie durch eine auslösende Ursache derselben Art erkranken, wie es in der Psychoanalyse geschehen wäre, nämlich durch die Störung von bestandenen Übertragungsbindungen; die Analyse übernimmt daher beim Psychotiker nur noch mehr als beim Neurotiker die Funktion des sonstigen wirklichen Erlebens. Auch hat man den Eindruck, daß solch einen Psychotiker seine vorgebaute Neurose zum Analytiker gebracht hat, weil ein Ausbruch der Psychose sich in ihm schon vorbereitete und deshalb die Neurose nicht mehr ihre Funktion, ihn in einem gewissen funktionellen Gleichgewichte zu erhalten, erfüllen konnte.

Aber auch wenn der Vorwurf berechtigt wäre, wenn wirklich die Ver-

schlechterung zu schwer psychotischen Zuständen der vorausgegangenen Analyse völlig zur Last fiele, ist daraus nicht der Schluß zu ziehen, daß wir präpsychotische Neurosen überhaupt nicht der Psychoanalyse unterziehen dürfen. Dem stehen zwei Überlegungen entgegen, erstens die Erfahrung, daß vorher als Neurosen psychoanalysierte Fälle später als Psychosen der Analyse gut zugänglich waren, so der Fall von Paranoia, den Ruth Brunswick nach Freud behandelt hat, und zweitens die besondere Lebensuntauglichkeit gerade solcher Kranker, deren Neurose einer Psychose vorgebaut ist. Überhaupt gilt aber das Gesagte nicht für die rezidivierenden oder erst spät auftretenden Melancholien. Der Erfolg langdauernder Behandlung von Fällen zirkulärer, rezidivierender oder remittierender Melancholie eben in den Intervallen ist von Abraham mit Recht hervorgehoben worden. Während dieser Intervalle finden wir aber bei sehr vielen Fällen deutliche Neurosen.

Sowohl die Bedeutung des Ausgangs unbehandelter Hysterien, als retrospektiv die genaue Anamnese von Melancholien des Rückbildungsalters, und zwar sowohl von Fällen, die vor, während oder nach dem Klimakterium aufgetreten sind, als von solchen des Seniums haben mich überzeugt, daß die späte Melancholie ein häufiger Endausgang schwerer Hysterien der Jugend- und Reifezeit ist. Durch Jahrzehnte haben die später an Melancholie erkrankten Fälle dauernd oder in Zeiten größerer affektiver Beanspruchung morgendliche Verstimmungen durchlebt, waren in typisch hysterischer Form frigid, litten an schlechtem Schlafe, hatten — oft als organisch aufgefaßte — Organneurosen oder ausgesprochene Konversionssymptome; die Lebensführung war die der Hysterie gewesen. Wir kennen zu wenig die differentialdiagnostischen subtilen Unterschiede der verschiedenen Arten von Verstimmung, um sagen zu können, daß auch hier eine Neurose der Melancholie vorgebaut war. Jedenfalls ist aber die Behandlung der oft Jahrzehnte vorausgehenden, zeitweise verstimmten Hysterie die beste Prophylaxe gegen die Melancholie des Rückbildungsalters.

Aus dem Vorgebrachten ergibt sich aber, daß es wichtig ist, vom Ausbruch einer latenten Psychose nicht später oder während der Analyse überrascht zu werden, sondern diese schon im Stadium der Neurose zu erkennen. Das wird besonders wichtig, wenn man die oben gesagte Regel befolgen will, bei drohender Psychose die Psychoanalyse nicht ununterbrochen ohne Rücksicht auf die Tragfähigkeit der Ichstruktur durchzuführen. Es sei daher gestattet, kurz Zeichen anzuführen, welche, abgesehen von Heredität, Art des Blickes, der Körperhaltung, Gesamteindruck, diesen Verdacht erwecken oder bestärken. Bekannt ist das besondere Eigenverständnis für die Bedeutung der Symbole und

auch sonst — entsprechend der Intelligenz — für primäre Mechanismen, also ein Mangel des Widerstandes in dieser Richtung; erwähnt wurde auch die scheinbar unverständliche Mischung der verschiedenen Übertragungsneurosen, so daß die Diagnose schwierig wird; bekannt sind merkwürdig distinkte, oft hypochondrisch verarbeitete isolierte Körpersensationen, die isolierter sind als die bei der Neurasthenie und nicht mit einer gesamten Verschlechterung des Zustandes wie bei der Neurasthenie zu- und abnehmen; bekannt sind auch die besonders tiefen Formen der Depersonalisation und Entfremdung; doch fehlt hier noch die Differentialdiagnose zwischen bloßer Neurose und latenter Psychose. (Eigentlich gehört dem Mechanismus nach jede Entfremdung zur Psychose.) Solche Zustände, die in halluzinatorische Identifizierung mit Personen oder Tieren übergehen, werden aus frühester Kindheit mitunter berichtet (Kinderpsychose!).

Weitere Symptome sind ein besonderes Unwichtignehmen der Erlebnisse, welches dem eigentlichen Realitätsverluste vorausgehen kann. Dasselbe erstreckt sich auch auf die Neurose selber, solche Kranke haben kein Bedürfnis, ihre Symptome zu rationalisieren, sich zu erklären und zu verbergen. Sie dissimulieren eventuell, wie es der Geisteskranke tut, mit Rücksicht auf die andern, nicht aus Eigenbedürfnis. Schließlich hat ein auffallend schnelles Weichen der Symptome, das oft nicht der Übertragung entspricht, öfters retrospektiv, eben durch die nur vorläufige Fixierung auf neurotischer Stufe, seine Aufklärung gefunden.

(Eine zweite Mitteilung zur Technik der Psychosenanalyse folgt in der nächsten Nummer.)

ANGST OHNE AFFEKT

Vortrag von Dr. Gregory Zilboorg

gehalten in The New York Psychoanalytic Society am 29. November 1932.

Bericht über den Fall eines Mannes von 25 Jahren. Der Patient gehörte zu den zwangsneurotischen Charakteren, die keine umschriebenen klinischen Symptome aufweisen. Eine hochintelligente Persönlichkeit, die ohne festen Plan lebte und sehr unzufrieden mit der eigenen Unfähigkeit war, etwas zu finden, was sein Interesse festhalten konnte. Es bestand eine Anzahl schizoider Züge, vor allem eine auffallende Hohlheit der Gefühlsreaktion, die sich auf seine ganze Existenz, einschließlich des Sexuallebens, erstreckte. Auch während der Analyse waren eine offen homosexuelle Episode und eine heterosexuelle Beziehung beide durch eine verhältnismäßig geringe Gemütsbeteiligung charak-

terisiert. Er war sozusagen frigid. Wenigstens bei zwei Gelegenheiten während der Analyse begegneten uns direkte oder Deck-Erinnerungen aus der Kindheit, welche geradezu unverhüllt traumatische Kastrationssituationen mit Kastrationsfurcht wiedergaben. Die Reaktion des Patienten darauf schien unerwartet. Sie bestand in einer Attacke von respiratorischen und kardio-vaskulären Angstsymptomen ohne jedes subjektive Gefühl von Angst. Das Phänomen der Aufsplitterung der Angst wurde erörtert.

Die Reaktion des Patienten war keine hysterische, da er den Inhalt seiner Angst deutlich wußte; sie war auch keine zwangsneurotische Erscheinung, da die Angst, sowohl ihr Vorstellungsinhalt als auch ihre motorischen Begleiterscheinungen, als solche vorhanden war. Eine genauere Untersuchung der Reaktion des Patienten führte zu dem Schluß, daß wir es hier mit einer besonderen Reaktion zu tun haben, bei welcher der Affektbetrag von der motorischen Reaktion abgespalten war, während der Inhalt nicht verdrängt, sondern völlig vergegenwärtigt war. Es scheint eine regressive Angstform zu sein, eine genaue Darstellung von Freuds klassischer Beschreibung der Geburtsangst, bis auf jedes Wort derselben.

Die Einzelheiten dieser Angstreaktion während der Analysestunden zeigten dann — beurteilt im Lichte der Gesamtpersönlichkeit des Patienten — einen interessanten Parallelismus zu verschiedenen Anzeichen von Angst, die in den prästuporösen Reaktionen gewisser Katatoniker beobachtet wurden und da als sehr primitive Formen der Angst erkannt werden konnten. Diese Angstformen erinnern in Form und Aufbau überzeugend an die Geburtsangst. Man könnte vermuten, daß dieser Gedankengang einiges Licht auf katatonische Reaktionen werfen wird.

REAKTIVIERTE INFANTILE TRAUMEN IN DER ANALYSE

Vortrag von Dr. Sandor Lorand

gehalten in The New York Psychoanalytic Society am 29. November 1932.

Dr. Lorand berichtet über zwei Fälle, beide periodisch Depressive, und im einzelnen über einige Analysestunden aus dem Verlaufe der Behandlung.

Der Patient hat an drei aufeinanderfolgenden Tagen als andauernden Zustand Schüttelkrämpfe gehabt. Das vorgebrachte Material zeigte, daß es sich dabei um die Wiedergabe der Zuckungen des kleinen Bruders handelte, mit

dem er sich identifizierte; der Patient war zweieinhalb Jahre alt gewesen, al der Bruder diese Anfälle hatte und ihretwegen ständig von der Mutter betreu wurde. Kurz nach der Gesundung des Bruders entwickelte sich beim Patienter eine Ohrenkrankheit, bei der er drei aufeinanderfolgende Nächte hindurch au und ab geführt werden mußte, wobei Mutter und Tante seine Hände hielten

Der zweite Patient hatte sich tagelang über den Mangel an Liebe seiten seiner Mutter beklagt. Eines Tages begann er nach der monotonen Wieder holung des Wortes „allein" plötzlich sein Gesicht zu reiben und sich auf der Kopf zu schlagen. Dabei stieß er mit den Absätzen so stark gegen die Wand daß er mitsamt dem Lager in die Mitte des Zimmers rückte. Dann kam er zu sich. Er erinnert sich, daß er in seinem Kinderwagen vor der Vollendung seines dritten Lebensjahres von seiner Schwester unter einer Station der Hoch bahn stehengelassen worden war; ferner, daß er im fünften Lebensjahr vor seiner Mutter zu einer Augenoperation ins Spital gelockt wurde und die Nar kose unter heftigem Widerstand und Ausschlagen erfolgte.

In beiden Fällen war dieses heftige Agieren für die Analyse sehr förderlich es führte zu sehr frühen Kindheitserinnerungen und -erlebnissen zurück, so daß die tiefsten Wurzeln der Depression ans Licht kamen, die auf dem Gefüh schweren Entbehrens der Liebe von seiten der Mutter beruhte. Darauf war ein fundamentales Mißtrauen gegenüber der ganzen Welt aufgebaut.

EIN BEITRAG ZUR PSYCHOLOGIE DES ERFINDER

Vortrag von Dr. Sandor Lorand

gehalten in der Jahresversammlung der New York Psychoanalytic Society und de American Psychoanalytic Association am 27. Dezember 1932.

Dr. Lorand konnte an klinischem Material den Zusammenhang zwische frühen Kindheitserlebnissen und der Erfindergabe hervorheben, sowie den zwi schen sexuellem Gehaben und Erfindung. In der tiefsten Schicht war die oral Begier — Mutterbindung — des Patienten für seinen Ehrgeiz ausschlaggebend Sodann diente das Erfinden, ein Abkömmling seines frühen Spielens, der Flucht, genau wie die Spiele während der Kindheit selbst Fluchtversuch waren, zumal er gezwungen worden war, Spielarten zu erfinden, wenn e allein gelassen wurde. Drittens war die volle sexuelle Bedeutung — das Kin machen und gebären — in seiner Erfindung ausgedrückt.

Augen und Ohren waren die Organe, welche von früher Kindheit an be sonders mit Libido besetzt waren.

DIE BEZIEHUNG DES BEDINGTEN REFLEXES ZUR PSYCHOANALYTISCHEN TECHNIK

Vortrag von Dr. L. S. Kubie

gehalten in The Section of Neurology and Psychiatry of The New York Academy of Medicine am 13. Dezember 1932.

An Hand eines Zitats von Pawlow wird auseinandergesetzt, daß ein starker Erregungsherd zu einer allgemeinen Verdrängung führen kann und daß unter solchen Umständen wichtige unbewußte Assoziationsketten in das verdrängte Gebiet gerückt werden können; ferner, daß bestimmte Bedingungen nötig sind, um diese verdrängten oder unbewußten Assoziationen vom Unbewußten wieder ins Bewußtsein zu heben. Diese Mitteilung versucht zu zeigen, daß die psychoanalytische Methode mit der Erforschung solcher speziellen Bedingungen zusammentrifft, wie sie besonders in den experimentellen Arbeiten von Pawlow angegeben sind.

Es wird zuerst gezeigt, daß der zerebrale Kortex sich in ständiger Reizung befindet, nicht nur in der Richtung zur Tätigkeit, sondern auch in der Richtung zur Verdrängung, mit dem Ergebnis, daß es zur Sicherung eines Höchstbetrages von spontaner kortikaler Aktivität nötig ist, die Menge der ankommenden Erregung auf ein Minimum herabzusetzen. Deshalb leistet das passive Verhalten des Analytikers mehr für die Enthemmung des Patienten, als irgendeine aktivere Behandlung es tun könnte. Diese Seite der analytischen Technik ist daher ganz besonders dazu bestimmt, äußere Hemmungen zu verringern.

Zweitens wird klargemacht, daß mit der Verringerung der äußeren Hemmung und dem Gebrauch freier Assoziation jede Einheit der freien Assoziation zu einem Element in einem festgefügten Mosaik bedingter Reflexe wurde, jedes im Zusammenhang mit einem andern, und alle hin und her verwoben zwischen den Erregungs- und Verdrängungsbereichen. Auf diese Weise wird der Patient im Laufe der Arbeit unvermeidlich durch die Bereiche des Verdrängten oder Unbewußten geführt.

Drittens wurde gefunden, daß die Stellung des Analytikers zum Zeitverhältnis in der zerebralen Funktion dem Wesen nach jener gleicht, die in den Arbeiten über den bedingten Reflex experimentell dargestellt wurde. So nimmt der Analytiker stillschweigend an, daß zwei Vorstellungen, die einem Patienten in bestimmter Folge oder einem bestimmten Zeitverhältnis auftauchen, aus der bloßen Tatsache des gleichzeitigen Erscheinens heraus einen dynamischen Zusammenhang haben müssen, auch wenn keine logische Verknüp-

fung deutlich ist. Dies ist ein Gegenstück zu der experimentell gezeigte Tatsache, daß zwei Einflüsse, die in keinem anderen Zusammenhang als den der Zeit auf das Nervensystem einwirken, aus diesem Grund allein einen enge Zusammenhang innerhalb des Nervensystems schaffen. Gerade diese zeitlich Beziehung zwischen Vorstellungen und Gefühlen gebraucht der Analytiker be seiner Untersuchung der freien Assoziation des Patienten.

Es wurde gefunden, daß Pawlows wachsende Einsicht in die Bedeu tung der Variationen der Bedürfnisspannung das Verhalten des Analytiker gegenüber dem Reservoir der Bedürfnisspannung, das er „Libido" nennt rechtfertigt; ferner aber auch die Lehre bestätigt, daß eine Analyse in de Entbehrung durchgeführt werden müsse. So hat der Physiologe herausge funden, daß bei mangelnder Triebspannung bedingte Reflexe nicht festge stellt werden können und daß mit der Befriedigung sowohl bedingte wie un bedingte Reflexe gehemmt werden. Der Analytiker muß also dem Patiente die Befriedigung verweigern, um zu vermeiden, daß die unbewußten Zu sammenhänge von Hemmungen verdeckt werden.

Folglich scheint es, daß der Analytiker, der passiv beobachtend bleibt, all äußeren Erregungen des Patienten vermeidet und sich immer bemüht, den Patienten den freien Fluß zielloser Rede zu erleichtern, tatsächlich etwas tu was fast ein Spiegelbild des klassischen Experiments über den bedingten Refle ist, ausgeführt durch das Medium der gesprochenen Sprache.

REFERATE

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur

Boenheim, Curt: **Kinderpsychotherapie in der Praxis.** Julius Springer, Berlin, 1932

Wer nach dem Titel nur einige praktische Anleitungen für psychotherapeutische Kinderbehandlung erwartet, wird angenehm enttäuscht durch den weiten Rahmen, den Boenheim seiner Arbeit gezogen hat. Er gibt ihr einen breiten Unterbau in einem allgemeinen Teil, der dem gegenwärtigen Stande der Psychotherapie, speziell der Kinderpsychologie und Kindertherapie, gewidmet ist und ihre Richtlinien und ihre Methoden behandelt. Bei aller Knappheit der Darstellung bleibt der Autor nicht an der Oberfläche, sondern weiß die Hauptprobleme herauszulösen und einer kritisch-abwägenden Betrachtung zu unterziehen. Den psychoanalytischen Einsichten steht er im allgemeinen positiv und bejahend gegenüber und befindet sich in Übereinstimmung mit Anna Freuds vorsichtiger Indikationsstellung zur Kinderanalyse.

Der spezielle Teil bringt eine Fülle praktischen Materials, das gut ausgewertet ist. Dem Verfasser steht eine praktische Erfahrung zur Verfügung, die dem nur psychotherapeutisch Arbeitenden naturgemäß versagt sein muß. Die Arbeit entstand aus der Übersicht über 1800 poliklinische Fälle. Deshalb hat jedoch das Buch keineswegs nur für den praktischen oder den Kinderarzt Wert. Auch der Kinderanalytiker wird gern zu dem Werk greifen, wenn bei den so häufigen Milieuschwierigkeiten eine regelrechte Analyse nicht durchgeführt werden kann.

Lotte Liebeck-Kirschner (Berlin)

Heyer, G. R.: **Seelenräume.** Psychotherapeutische Beobachtungen zum Kollektiv-Seelischen. W. Kohlhammer, Stuttgart, 1931

Das Büchlein fußt völlig auf Jungschen Gedankengängen; der Verfasser bezeichnet sich selbst als Schüler Jungs. Seine Stellung zur Psychoanalyse ist damit festgelegt. Im psychotherapeutischen Prozeß erscheint ihm die Beachtung der Auswirkungen des Kollektiv-Seelischen als wichtiges Moment. Dieses Kollektiv-Seelische führt nach Heyer zu deutlichen Manifestationen vor allem parapsychischer Natur, zum Dämonenglauben und „*Spirit*", zum telepathischen Traum, zur Beeinflussung der Träume des Analytikers durch den Patienten. Ja selbst Wettereinflüsse wie Föhnstimmungen oder das Auftauchen orientalischer, z. B. chinesischer Motive in Zeichnungen von Patienten werden als Ausflüsse der „*anima communis*" betrachtet. Auch die „magnetische" Behandlung eines an Staupe erkrankten Hundes fügt sich den kosmischen Gedankengängen des Verfassers ein. Denn die Isolierung der Einzelseele hat für ihn nur die Bedeutung des oberflächlichen Baumes; als „unterirdische

Wurzelwesen" kommunizieren wir alle mit Menschen, Pflanzen und Tieren und nehmen so an der göttlichen und dämonischen Welt teil. Durch den Vergleich des Einzelwesens mit dem Knoten, der Gesamtheit aller Wesen mit dem Netz bringt Heyer seine Auffassung der kollektiven Tiefenseele und ihrer Beziehung zur Individualität klar zum Ausdruck.

Gegen eine solche mystische Anschauung und Interpretation brauchte man zunächst nichts einzuwenden. Die Notwendigkeit einer Abwehr beginnt erst, wenn diese Auffassung sich als Konsequenz analytischer Methodik bezeichnet und als die Vollendung dessen sich gebärdet, was Freud begonnen hat; wenn Träume als Ausflüsse des Kollektiv-Seelischen interpretiert werden, wenn Freud der banale Vorwurf des „grotesken Mißverständnisses von Genialität und zeugerischem Prinzip" gemacht wird; wenn schließlich der Autor sich dahin versteigert, über Freuds Traumdeutung hinweg von Jung das Buch über den Traum zu erwarten.

Die Abwehr richtet sich im weiteren gegen die therapeutische Anwendung solcher mystischer Interpretationen von neurotischen Symptomen, die schließlich zur Forderung führt, die Vaterbindung durch eine religiöse Orientierung zu ersetzen. Man erinnert sich dabei dankbar daran, daß Freud in der „Geschichte der psychoanalytischen Bewegung" die wissenschaftliche Abwehr gegen diese Seite der Jungschen Orientierung bereits in vollendeter Art geleistet hat. — Zum letzten wehren wir uns gegen die mystisch-kollektive Ausdeutung der telepathischen Phänomene, die als allzu leichte Lösung des schwierigen Fragen- und Problemenkomplexes der „parapsychischen" Erscheinungen ohne jede sorgfältige Analyse vorgenommen wird.

Wenn der Verfasser am Schlusse persönlich gestehen muß, daß ihm „vom alten Schiff aus" die Deutung von Geisteskrankheiten, Neurosen, Verzweiflung, Selbstmord nicht gelingt, so bringt er sich in den Verdacht, ja ins begründbare Urteil, daß er das Schiff nicht zu meistern gelernt hat, ja nicht meistern lernen will. Seinen Sprung in den Ozean des Kollektiv-Seelischen werden nur Unwissende als Kühnheit, kundige Lenker des Schiffes aber nicht als ernste oder auch nur tapfere Tat nehmen. **R. Sterba (Wien)**

Kauders, Otto: Zur Klinik und Analyse der psychomotorischen Störung. S. Karger, Berlin 1931

Die psychomotorischen Störungen bei Geisteskranken werden hier mit Hilfe psychologischer Methoden beobachtet, und ihre Mechanismen werden vom Standpunkt der Psychose, also gleichsam von innen gesehen, dargestellt. Der Arbeit sind vier Fälle von verschiedenartigen hyperkinetischen Psychosen vorangestellt, an denen drei verschiedene Typen psychomotorischer Bewegungsunruhe entwickelt werden. Bei dem ausdrucksmäßigen Typ werden die Schranken der normalen Ausdrucksmotilität durchbrochen, es kommt zu einem Überfluten motorischer Ausdrucksformen, die als ganz neuartige motorische Leistungen, Neuschöpfungen, auftreten. Es besteht ein Drang zur motorischen Entladung, die nur in losem Zusammenhang mit den eigentlichen seelischen Inhalten der Psychose steht, dagegen mit der Affektivität innig verknüpft ist. Die Psychomotorik des zweiten Typs ist durch das Darstellungsmäßige gekennzeichnet. Sie entspricht wenigstens einem Teil der seelischen Inhalte, und diese werden durch Bewegung und Bewegungsfolge gleichsam entäußert. Die Persönlichkeit steht somit wenigstens für die Dauer der Psychose mit der Psychomotorik in Einklang. Es kommen häufig wiederkehrende Bewegungsfiguren zustande, die dem Beobachter eben als Darstellung imponieren. Diese Bewegungsfiguren überdauern gelegentlich die eigentliche Bewegungsunruhe und psychotische Verwirrtheit und gehen als Stereotypien in spätere Phasen der psychotischen Entwicklung über. Als reaktiver Typ wird schließlich eine Gruppe bezeichnet, für die die Auslösbarkeit der Bewegungsunruhe charakteristisch ist und bei welcher die

Unruhe auch durch äußere oder innere Anlässe abgestoppt werden kann. Züge der ersten und zweiten Gruppe finden sich hier wieder. Für alle hier ins Auge gefaßten psychomotorischen Störungen gilt — im Gegensatz zu manchen rein neurologischen Bewegungsstörungen — die Feststellung, daß die Motorik ebenso wie die Sprache mit dem psychotischen Erleben in engster Beziehung steht. Das zeigt auch das vom Verfasser angestellte Wiederholungsexperiment: Der in von Hyperkinesen relativ freien Intervallen gegebene Befehl, die früher ausgeführten Bewegungen zu wiederholen, löst eine Reaktion auf psychischem Gebiete aus, die in charakteristischer Weise in bestimmten Fällen die früheren Wahninhalte wieder aufleben läßt, in anderen Fällen die Kranken in eine allgemein veränderte Affektlage versetzt. — Die Stellungnahme des Kranken zur eigenen Bewegungsunruhe ist natürlich sehr verschieden. Auf der Höhe der Verwirrtheit kann man von einer solchen Stellungnahme kaum mehr sprechen, denn die Bewegungsunruhe ist dann vom Standpunkt des Erlebenden nur „als eine Teilansicht der psychomotorischen Gesamtsituation aufzufassen, in der es keine scharfe Trennung mehr zwischen nur seelischen und nur motorischen Vorgängen gibt, in der Seelisches, bevor es noch gedanklich voll ausgereift ist, schon motorisch entäußert werden kann, und in der sogar bis zu einem gewissen Grade eine Vertretbarkeit zwischen motorischen und psychischen Vorgängen besteht". Als entgegengesetzte Stufe in der sich hier ergebenden Abstufungsreihe steht dann das Erlebnis, in dem vom Kranken der Versuch gemacht wird, mit der Hyperkinese irgendwie fertig zu werden. Gegen den erlebten Bewegungsdrang wird ein dauernder Kampf geführt, und nachträglich wird oft der innere Drang in einen äußeren Zwang umgedeutet. — Sehr interessante Versuche stellte der Verfasser mit deliranten Alkoholikern an, die ja in ihrer Stellungnahme zur eigenen psychomotorischen Unruhe als Spezialfall gelten müssen. Denn diese Kranken sehen ihre Hyperkinese niemals als fremdartig und nachträglicher Rationalisierung bedürftig an, sondern ihre Unruhe erscheint ihnen stets als völlig verständliche Reaktion auf die verkannte Situation und die Sinnestäuschungen. Wie schon in einer früheren Publikation mitgeteilt ist, wurden die Patienten kurz nach Ablauf des Delirium tremens hypnotisiert, und es wurde ihnen zunächst die optische Suggestion einer früher erlebten Halluzination gegeben. Daraufhin setzte eine starke motorische Unruhe ein, unter allen Zeichen des Angstaffekts trat ein Zustand auf, der dem früheren Delir völlig glich, die Halluzination entwickelte sich zur zusammenhängenden Szene weiter, und der ganze Zustand war schließlich nur schwer kupierbar. In Anlehnung an Zingerles Untersuchungen, der an Trinkern Automatosen auslöste, die von traumhaften halluzinatorischen Erlebnissen begleitet waren, gab jetzt Verfasser in der Hypnose Suggestionen von körperlicher Unruhe, Tonusänderungen o. ä. Auf diese Weise gelang es ihm, vom Motorischen her Zustände traumhaften Halluzinierens auszulösen, die dem Delir, wenn nicht wesensgleich, so doch sehr ähnlich waren. Das Delir würde somit einer Gesamtsituation der psychotischen Persönlichkeit gleichkommen, in der eine besondere Transformierbarkeit besteht, sowohl seelische Erlebnisse motorisch zur Darstellung zu bringen, als auch motorische Vorgänge in optische Erlebnisse umzugestalten. Bei der Entwicklung des Motorischen zum Optischen sind die von der Traumarbeit bekannten Mechanismen nachweisbar. — An die eigentlichen psychomotorischen Störungen, in denen sprachlich nicht Formbares abgeführt wird, grenzen einerseits die rein neurologischen Bewegungsstörungen an, welche erst sekundär von der Persönlichkeit mit Sinn erfüllt, „psychisiert" werden, — andrerseits der Bewegungssturm des hysterischen Anfalls, in dem Seelisches, das als verdrängt seinen sprachlichen Ausdruck nicht finden darf, motorisch zur Darstellung gebracht wird.

Daß die hier geübte Betrachtungsweise der psychomotorischen Störungen mit einer neurologischen und hirnpathologischen nicht in Gegensatz steht, betont Verfasser ausdrücklich. Es mag noch darauf hingewiesen sein, daß der hier aufgestellte „darstellungsmäßige Typ"

einer psychoanalytischen Untersuchung naturgemäß am ehesten zugänglich sein wird. Neben der eingehenden Analyse des Delirs ist es das besondere Verdienst des Verfassers, auch solche Bewegungsabläufe, die bisher nur Objekt hirnpathologischer Untersuchungen waren, einer eingehenden psychologischen Betrachtung unterzogen zu haben. **Haenel (Berlin)**

Rosenfeld, M. (Rostock): **Die Störungen des Bewußtseins.** Thieme, Leipzig

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, das gesamte Tatsachenmaterial über die psychischen, nervösen und körperlichen Erscheinungen bei Bewußtseinsstörungen zusammenzufassen, und zwar vorwiegend unter dem Gesichtspunkt seiner diagnostischen Verwertbarkeit. Bei so weiter Problemstellung fällt natürlich ein sehr großer Teil aller Fragen, die sonst in der allgemeinen und speziellen Psychiatrie abgehandelt werden, in den Rahmen des Buches. In einer allgemeinen Symptomatologie der Bewußtseinsstörungen werden zunächst die einzelnen psychischen Zustandsbilder (Schlaf, Traum, Hypnose, Dämmerzustand, Ratlosigkeit usw.) besprochen, dann die neurologischen und die übrigen körperlichen Begleiterscheinungen, schließlich das Unbewußte und die Beziehungen der Bewußtseinsstörungen zu Gehirnvorgängen. Der zweite Teil befaßt sich mit der Symptomatologie im einzelnen. Der Grundgedanke des Buches: daß der Art der Bewußtseinsstörung die größte Bedeutung für Diagnose und Verständnis der psychopathologischen Vorgänge zukommt, ist an sich gewiß richtig; im Umkreis dieses Gedankens bringt der Autor auch eine große Zahl von wertvollen Tatsachen und Gesichtspunkten. Seine Anschauung von der wissenschaftlichen Belanglosigkeit der inhaltlichen Gegebenheiten besteht jedoch nicht zu Recht; Inhalte sind nicht „zufällige" Begleiterscheinungen. — Von Psychoanalyse ist in dem Buche wenig die Rede. So erfährt der Leser von der analytischen Traumdeutung nur, daß ihre Darstellung zu weit führen und nicht in den beabsichtigten Rahmen passen würde; in der Literatur zum Traumproblem fehlt Freuds „Traumdeutung"! Das Kapitel über unbewußtes Seelenleben gibt zwar einige Bemerkungen über Verdrängung, Abreagieren usw., die grundsätzlichen Fragen, die sich hier aus dem Thema des Buches ergeben müßten, werden jedoch nicht in Angriff genommen. **Heinz Hartmann (Wien)**

Unger, Waldemar: **Ein Versuch sozialer klinischer Therapie (Psychotherapeutische Heilstättenkuren für Spezialversicherte).** »Der Nervenarzt«. VI, 6

Unger hat, ausgehend von der Tatsache, daß die Psychotherapie, obwohl vorerst eine teure Behandlungsmethode, dennoch schneller und billiger zur Heilung führt als die üblichen Palliativmethoden, durch das Entgegenkommen der Landesversicherungsanstalt Sachsen die Heilstätte Hohenpeissenberg als ein Sanatorium für klinische Psychotherapie eröffnen können. Es können gleichzeitig 17 Kranke und so bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von acht Wochen im Jahre rund 100 Fälle behandelt werden. Bis zur Beendigung des vorliegenden Berichtes waren 160 Kuren abgeschlossen. Als Behandlungsmethode dazu geeigneter Fälle bedient sich Unger in erster Linie einer die Erkenntnisse der Psychoanalyse verwendenden Methode. Außerordentlich brauchbar erwies sich ihm das kathartische Verfahren (nach Breuer-Freud und Ludwig Frank). Einzelsuggestion und therapeutische Hypnosen werden seltener angewandt, stets aber eine allgemeine Entspannungsbehandlung. Genaue körperliche Diagnose und entsprechende Behandlung sind Voraussetzung. Aus den Ergebnissen, die der Autor selbst sehr kritisch beurteilt, teilt er Einzelheiten mit über Störungen des „Autoritätserlebens" durch Fixierung an den Vater, über Spätfolgen des Kriegserlebens, über Behandlungsversuche bei Schizoiden und Introvertierten, bei „Entmutigungsneurosen". Der Autor betont, daß er sich bewußt sei, daß ein Teil der Erfolge reine Übertragungserfolge seien, daß es ihm aber immerhin gelungen sei, die Patienten auch für lange Zeit nach der kli-

nischen Behandlung arbeitsfähig zu erhalten. Er weist auf die Schwierigkeit hin, die Arbeitsfähigkeit objektiv zu beurteilen, und glaubt, daß man nur durch sozialpsychologische Überlegungen die sozialversicherten Kranken besser verstehen und behandeln könne. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die soziale klinische Psychotherapie schwierig, aber auch lohnend sei. Die technisch-wirtschaftlichen Schwierigkeiten können überwunden werden, wenn man bedenkt, wie viel Geld für die bei Neurotikern sinnlosen physikalischen oder medikamentösen Scheinbehandlungen vergeudet wird. — Der Versuch des Verfassers, die Möglichkeit einer sozialen klinischen Psychotherapie zu schaffen, ist außerordentlich dankenswert und stellt den ersten Schritt zu einer Änderung der gänzlich veralteten Behandlungswege in der Kassenpraxis dar.

K. Misch-Frankl (Berlin)

Aus der psychoanalytischen Literatur

Coriat, Isador: **A Note on Symbolic Castration.** Int. Journal of PsA XII/4

Bei palästinensischen Ausgrabungen aus der paläolithischen Periode (das heißt aus der Zeit von vor 15.000 bis 20.000 Jahren) fand man menschliche Oberkiefer, denen die oberen Schneidezähne ausgeschlagen waren. Derselbe Befund wurde bei Ausgrabungen in Algier erhoben. Da primitive Völker bei ihren Pubertätsriten ihren Jünglingen häufig Zähne ausschlagen, sei anzunehmen, daß die einstigen Träger dieser Oberkiefer einer ähnlichen Zeremonie unterzogen worden sind. Coriat schließt daraus, daß Kastrations- und Ödipuskomplex, die nach Reik jene Sitte der Primitiven motivieren, auch schon vor 20.000 Jahren in der Menschenseele wirkten.

Fenichel (Berlin)

Hitschmann, Eduard: **Die Psychoanalyse der Zwangneurose.** Zeitschrift f. d. ges. Neurol. und Psychiatr. 1932, H. 4–5

Der Autor unterzieht eine von Störring veröffentlichte „eingehende psychopathologische Analyse" eines Falles von Zwangsneurose einer Kritik, indem er zeigt, um wieviel mehr Verständnis und therapeutische Möglichkeiten eine echte Psychoanalyse geboten hätte. Die Triebgrundlagen, die Dynamik des Falles, das Verdrängte bleiben bei bloßer Oberflächenanalyse ganz im Dunkeln und die Therapie eine unverstandene Stümperei.

Auf die spezielle Neurosenlehre von Fenichel hinweisend, rät der Autor den modernen Psychopathologen dringendst zum systematischen Studium der Psychoanalyse.

Autoreferat

Klein, Melanie: **Die Psychoanalyse des Kindes.** Internationaler Psychoanalytischer Verlag. Wien, 1932*

In diesem Buch versucht die auf dem Gebiete der Kinderanalyse und der Erforschung des kindlichen Seelenlebens so verdienstreiche Autorin ihre Erfahrungen und Ideen — Ergebnisse einer bereits mehr als zehn Jahre umfassenden Arbeitsperiode — in einer nicht allzu systematischen Weise darzustellen. Das Buch besteht aus zwei Teilen, der erste der Technik der Kinderanalyse und dem eigentlichen Erfahrungsmaterial gewidmet — der zweite den mehr theoretischen und allgemeinen Folgerungen, die sich auf die gesamte Entwicklung

* *Mit Rücksicht auf die Bedeutung des Buches von Melanie Klein und auf die verschiedene Beurteilung, welche ihr Werk innerhalb der Psychoanalyse gefunden hat, halten wir es für richtig, zwei maßgebende Referenten zu Worte kommen zu lassen.*

Die Redaktion.

der Persönlichkeit und des Trieblebens beziehen. Der Inhalt einiger der wichtigsten Kapitel ist dem analytischen Leserkreis bereits aus Artikeln und Kongreßvorträgen wohl bekannt. Andere Kapitel sind völlig neu, fügen sich jedoch in den Gedankengang der bereits bekannten Ergebnisse und Ideen der Autorin organisch ein.

Die Würdigung dieses außerordentlich inhaltsreichen Werkes ist aus verschiedenen Gründen besonders schwer. Die Hauptschwierigkeit stammt wohl von der eigenartig heterogenen Art und Qualität der Bestandteile dieses anspruchsvollen Werkes, das auf diesem neuen und wohl noch unerforschten Gebiet sowohl praktisch wie theoretisch folgenschwere, oft sehr einleuchtende, manchmal aber sehr unwahrscheinliche Behauptungen beinhaltet. Tiefgründige Darstellungen von unbewußten Phantasien und Gefühlsverquickungen, die mit einem erstaunlichen, intuitiven Einfühlungsvermögen in allen Einzelheiten erfaßt werden, wechseln mit schwerfälligen und in Hinsicht auf logische Sauberkeit nicht befriedigenden Schlußfolgerungen und Formulierungen ab. Es ist ein durchaus schwieriges Buch, das an den Leser nicht gewöhnliche Anforderungen stellt. Eine ungeheure Fülle von Material wird hier sehr kondensiert verabreicht, wobei zwischen direkten Beobachtungen, Deutungen und Rekonstruktionsversuchen oft kein Unterschied gemacht, jedenfalls dieser dem Leser nicht verraten wird. Blitzschnelle Deutungen, vermischt mit metapsychologischen, besonders strukturellen Erklärungen, machen selbst den in allen Finessen der Tiefenpsychologie bewanderten Leser schwindlig. So werden z. B. aus Spieläußerungen des Kindes rekonstruierte, unbewußte Phantasien über die Introjektion des väterlichen Penis ohne viel Umstände mit der Entstehung des Über-Ichs in Zusammenhang gebracht. Oft bekommt man den Eindruck, daß die Autorin in ihren metapsychologischen Schlußfolgerungen die Sprache der unbewußten Vorstellungswelt des Kindes beibehält, die sie so vorzüglich beherrscht. So wird die Stärke und die eigentümliche Begabung der Autorin zu ihrer Schwäche und umgekehrt. Daraus ergibt sich, daß die Kapitel und Teile, wo gedeutet und das bunte Kaleidoskop der unbewußten Vorstellungswelt rekonstruiert wird, weitaus die gelungensten sind, während die drei ersten Kapitel des zweiten Teiles, besonders jenes über die Frühstadien des Ödipuskonfliktes, alle Schwächen der Autorin — die kritiklose Gleichsetzung von höchst theoretischen Endstücken von Deduktionen mit Beobachtungstatsachen — konzentriert zum Ausdruck bringen. Um nur ein krasses Beispiel zu erwähnen, fängt ein Paragraph folgendermaßen an (Seite 136):

> „Wir wissen aber (sic!), daß der Destruktionstrieb gegen den Organismus gerichtet ist. Er muß vom Ich als Gefahr empfunden werden."

Hier wird auf die Theorie von Freud angespielt, daß der Destruktionstrieb als Todestrieb primär nach innen gewendet ist. Der hypothetisch postulierte primäre Todestrieb wird sicherlich nicht vom Ich als Gefahr empfunden. Er ist ja ein biologischer Begriff und kein psychologischer, und sicherlich ist es Freud oder anderen, die mit diesem Begriff operieren, niemals eingefallen, daß er unter gewöhnlichen Bedingungen als Gefahr vom Ich wahrgenommen wird, da er ja der Theorie nach gewöhnlich mit Libido vermischt ist. Besonders aber bei dem im Aufbau befindlichen kleinen Kinde überwiegt, nach der Theorie, die libidinöse Komponente. (Höchstens könnte man die gewagte Annahme machen, daß die heftige Angst bei Involutionsmelancholien teilweise auf eine innerpsychische Wahrnehmung der Destruktionsvorgänge beruhen mag.)

Der fehlende Sinn der Autorin für die Unterscheidung in der Rangordnung von wissenschaftlichen Behauptungen, ihr stetiges Verwechseln von theoretischem Überbau mit Beobachtungsgrundlagen kommt aber in den darauffolgenden Sätzen noch klarer zum Ausdruck. Es heißt gleich weiter (S. 136):

> „Meiner Auffassung nach ist es diese Gefahr, die sich als Angst fühlbar macht. Die Angst würde demnach aus der Aggression entstehen."

Die Autorin kommt, wie man sieht, auf diese ungewöhnliche Weise zu einer sehr plausiblen Folgerung, nämlich, daß Angst und Aggression in einem anscheinend sehr nahen kausalen Nexus zueinander stehen, eine Folgerung, zu der man aber aus zahlreichen Beobachtungen gekommen ist und auf die wir nicht aus dem deduktiven Endstück der großartigen Triebtheorie von Freud zurückfolgern müssen. Im Gegenteil, aus der beobachtungsmäßig festgestellten Verbindung von Angst und Aggression ließen sich eventuell triebtheoretisch Folgerungen ziehen.

Glücklicherweise werden solche theoretische Teile immer wieder von trefflichen analytischen Beobachtungen abgelöst. In den beiden letzten Kapiteln des Buches, über die Wirkung früher Angstsituationen auf die Entwicklung, gelingen der Autorin auch einige allgemeine klinisch gut fundierte Formulierungen. Im letzten Kapitel wird nach einer treffenden Schilderung der komplizierten gefühlsmäßigen Überdeterminierung der Abwendung des Homosexuellen vom weiblichen Objekt, die entscheidende Rolle der negativen Einstellung den beiden Eltern gegenüber meisterhaft herausgearbeitet.

Um noch weiter bei der allgemeinen Charakterisierung zu bleiben, haben wir einen ernsten Vorbehalt gegenüber der Neigung der Autorin, aus gewissen typischen unbewußten Vorstellungen des Kindes allgemeine Entwicklungsphasen zu erklären. Dabei wird nicht die Korrektheit der inhaltlichen Rekonstruktionen bezweifelt — obzwar man manchmal das Gefühl hat, daß die große Intuition der Verfasserin sie oft zu sehr gewagten und allzu detaillierten Rekonstruktionen verführt — sondern ihre Überwertung in kausaler Hinsicht. Die Vorstellung des von den vielen geraubten Penissen strotzenden Mutterleibes ist nicht die Ursache der Angst und der Abwendung des Kindes, sondern vielmehr eine durch die kindliche Phantasietätigkeit ausgeschmückte Rationalisierung der Angst, die auf viel allgemeineren dynamischen Prinzipien beruht. Diese Phantasien sind die Folge der Gefühlseinstellung von Neid, Haß und reaktiver Angst, wie das auch Melanie Klein an verschiedenen Beispielen so eindrucksvoll schildert. Sie haben einen mehr akzidentellen und individuellen Charakter als die ihnen zugrunde liegenden allgemeingültigen Gefühlskonflikte. Das Kind hat nicht vor dem mütterlichen Körper Angst, weil es sich ihn mit geraubten väterlichen Penissen ausgefüllt vorstellt, sondern diese Vorstellung stammt aus dem Wunsch, die Mutter solle dem Vater etwas antun, das dann die Vergeltungserwartung auslöst, daß ihm dasselbe Übel widerfahren werde, welches es für den Vater herbeiwünscht. Die Gefühlseinstellung den Eltern gegenüber allein ist imstande, die Angst zu erklären, und die Phantasien, die offenbar sehr individuell ausfallen können, sind bloße Rationalisierungsversuche des Kindes, um die Angst zu konkretisieren.

Diese Überschätzung des inhaltlichen Gesichtspunktes (Deutung von Inhalten an Stelle allgemeiner dynamischer Beziehungen) bringt es mit sich, daß oft nicht genügend zwischen Wesentlichem und Akzidentellem unterschieden wird. So wird z. B. bei der Ableitung der verbreiteten Phantasie „die Mutter mit dem Penis" die Negierung der Kastration infolge von Kastrationsangst, die wir wohl als den wichtigsten Faktor kennen, ganz außer acht gelassen, und es werden ausschließlich die Sexualtheorien des Kindes berücksichtigt.

Nach dieser allgemeinen Charakterisierung des Buches soll nun versucht werden, ihm in Einzelheiten gerecht zu werden.

In der Einleitung hebt Melanie Klein die Verschiedenheit zwischen ihrer und Anna Freuds Grundeinstellung dem therapeutischen Problem der Kinderanalyse gegenüber hervor. Polemik wird jedoch vermieden, und die Autorin stellt nur fest, daß ihre Erfahrungen mit Anna Freuds Auffassung nicht übereinstimmen, daß das Kind keine Übertragungsneurose bilde und daß das kindliche Ich-Ideal schwach sei. Wir werden auf die Frage des kindlichen Über-Ichs später eingehen. Bezüglich der ersten Frage, ob das Kind in der Analyse eine Übertragungsneurose bilde oder nicht, empfiehlt es sich, um Wortstreit zu vermeiden, das

Wesen der Übertragungsneurose zu präzisieren. In der Erwachsenenanalyse hat der Patient, unabhängig von — oder, besser gesagt, neben — seinen auf den Analytiker übertragenen Gefühlsreaktionen ständig das Bewußtsein des Patient-Arzt-Verhältnisses. Was für Rollen er auch immer dem Analytiker zuschiebt, weiß er gleichzeitig, daß der Analytiker, der unter Umständen viel jünger ist als er selbst, nicht sein Vater, sein Bruder oder seine Mutter ist. Er hat eine kritische Einstellung zur Übertragung, die es ihm erst möglich macht, die phantastische Natur seiner Gefühlsreaktionen — die auch der Intensität nach nur ein „Schattenspiel" der Realität sind — einzuschätzen. Die Technik der Erwachsenenanalyse ist gerade auf dieses Nebeneinander von übertragenen phantastischen Gefühlsreaktionen und kritischer Einsicht aufgebaut. Wenn aber das Kind, besonders das ganz kleine von zwei oder drei Jahren, seine Gefühle, die den Eltern gelten, auf die Analytikerin wirklich überträgt, ist die Situation — wenigstens quantitativ — völlig verschieden. Die analytische Situation kann nicht in demselben Maße nur ein „Schattenspiel" der ursprünglichen Situation sein, weil — wie es Anna Freud unwiderlegbar hervorhebt — die ursprüngliche Situation zu Hause noch ein reales Stück des aktuellen Erlebens des Kindes ist. Und wenn auch im besten Falle das Kind der Analytikerin gegenüber dieselben Gefühle entwickelt, die es zu Hause den Eltern gegenüber hat, so kann es nicht dieselbe kritische Distanz dazu haben wie ein Erwachsener seinen Übertragungsreaktionen gegenüber. Diese kindliche Übertragungsneurose steht der ursprünglichen Neurose viel näher als der Übertragungsneurose der Erwachsenen. In den Ausnahmsfällen, in denen ein Erwachsener wie ein Kind sich benimmt, das heißt, die kritische Einsicht seinen Übertragungserscheinungen gegenüber überhaupt nicht besitzt, betrachten wir die klassische Technik als unanwendbar und die Kur als eine reine analytische Kur gescheitert. Wenn auch dieser Unterschied zwischen kindlicher Übertragung und erwachsener Übertragung nur ein quantitativer ist, so erscheint er von großer Bedeutung. Vielleicht ist gerade dieser Unterschied für die größeren therapeutischen Möglichkeiten der Kinderanalyse verantwortlich. Nur scheinen uns diese therapeutischen Ergebnisse auf anderen psychologischen Vorgängen zu beruhen als beim Erwachsenen. Beim Weiterlesen des Buches wird dieser Eindruck immer stärker. Frau Kleins Buch erinnert uns sehr an die Erklärungsversuche von Künstlern, die sie über ihre eigenen Werke geben. Man sieht dann immer, daß sie meistens nicht wissen, wie sie es machen, aber sie machen es gut. Vielleicht können sie sich sogar um so weniger über das Wesen ihres Schaffens Rechenschaft geben, je bessere Künstler sie sind. Man hat auch hier den Eindruck, daß Melanie Klein mit Hilfe ihrer intuitiven Gabe es gut macht; wenn sie uns aber die psychologischen Grundlagen ihrer Therapie beschreiben will, gerät sie in Verwirrung.

Im ersten Kapitel, das den psychologischen Grundlagen der Kinderanalyse gewidmet ist, versucht die Autorin zu beweisen, daß beim kleinen Kinde schon in der zweiten Hälfte des ersten Jahres der Ödipuskonflikt und „zugleich auch schon die Bildung des Über-Ichs beginnt". Dabei werden die psychologischen Grundlagen des Spielens erörtert, das als Agieren und Abreagieren aufgefaßt wird und als ein archaisch früherer und mehr ursprünglicher Ausdrucksweg als die Sprache es ist.

Ein fundamentaler Faktor im Kinderspiel ist die Abfuhr von Masturbationsphantasien. Hier geht die Autorin auf die Wirksamkeit der Deutungen ein, die nicht früh genug gegeben werden können, und weist auf die Wichtigkeit der sexuellen Aufklärung hin, die an Stelle der sexuellen Theorien des Kindes gesetzt wird und dadurch seine Realitätsanpassung erleichtert. Die wichtigste Aufgabe der Kinderanalyse sieht die Autorin in der Auflösung von Angst- und Schuldgefühlen. Auch die letzteren sind nach Melanie Kleins Auffassung bereits in dem ganz kleinen Kinde wirksam und entwickeln sich als Reaktion auf seine Aggressionen. Sie meint, daß das Kind viel mehr Angst vor den introjizierten Imagines der Eltern hat als vor den realen Personen, weil die introjizierten

Imagines viel strenger und grausamer sind als die wirklichen Vorbilder. Das schwache Ich des kleinen Kindes wird demnach in einem viel höheren Maße von dem Druck des Über-Ichs bedrängt als das erwachsene Ich. Obwohl die Technik der Analyse den besonderen Verhältnissen des Kindes angepaßt werden muß, sind die psychologischen Prinzipien dieselben: „Analyse der Übertragungssituation, des Widerstandes, die Behebung der frühinfantilen Amnesie und der Auswirkungen der Verdrängung, so wie das Aufdecken der Urszene." Der Auffassung der Autorin nach scheint der einzige Unterschied der zu sein, daß das Kind sich mit Worten nicht gut ausdrücken kann und daß deshalb an Stelle von freien Assoziationen die Spieläußerungen gedeutet werden müssen. Ein anderer Unterschied scheint noch darin zu bestehen, daß man sofort und ziemlich gefahrlos deuten kann, ohne auf die bei den Erwachsenen üblichen Widerstände und auf Ablehnung der Deutungen zu stoßen. Melanie Kleins kleine Patienten scheinen die Deutungen meistens schnell und gerne zu akzeptieren. Die Deutungen bringen ihnen Erleichterungen und durch diese werden die Kinder zum Weiterarbeiten gewonnen, während Zweifel an der Richtigkeit der Deutungen oder Zurückweisung viel seltener zu sein scheint als bei Erwachsenen.

Diese Tatsache allein weist aber schon darauf hin, daß die innere Verurteilung oder, richtiger gesagt, der innere Konflikt, das sicherste Zeichen des Vorhandenseins einer Über-Ich-Reaktion, bei dem Kinde noch nicht in dem Maßstabe vorhanden sein kann wie beim Erwachsenen.

In dem nächsten Kapitel werden die bereits im ersten Kapitel vorgetragenen Ideen weiterentwickelt und besonders die Wichtigkeit der negativen Übertragung betont, die durch schnelle Deutungsarbeit überwunden werden soll. Hier führt uns die Autorin in die Einzelheiten der so geistreich ausgearbeiteten Spieltechnik. Die mannigfaltige Verwendung des einfachen Instrumentariums von Spielzeugen, die Geschicklichkeit der Griffe, womit das Kind zum Weiterspielen angeregt wird, die Deutungsmöglichkeiten, die diese dramatische Sprache des Kindes bietet, sind eindrucksvoll geschildert. Das Ausarbeiten dieser Technik und die Einblicke in das Phantasieleben des Kindes mittels dieser Technik sind fraglos von hervorragendem und bleibendem Wert. Auch die therapeutischen Resultate müssen Bewunderung hervorrufen. Es wird im Buche über 18 Fälle berichtet, darunter einige schwere Fälle, und 15 darunter waren wenigstens Teilerfolge, einzelne Analysen haben sogar erstaunliche Veränderungen zustande gebracht. Von keinem einzigen Mißerfolg wird in dem Buche berichtet! Die ausführlichste Krankengeschichte des Buches ist der Inhalt des dritten Kapitels, die Zwangsneurose eines sechsjährigen Mädchens. In diesen, wie in vielen Krankengeschichten der Autorin, sehen wir den Drang nach möglichst vollständiger Erfassung aller Determinanten in ihrer Verflechtung miteinander, während die dynamische Grundstruktur des Falles weniger klar zum Ausdruck kommt.

Schon in dieser Krankengeschichte fängt unser Verdacht sich zu regen an, daß Melanie Klein die Neigung hat, nach außen gerichtete Vergeltungsangst einfach als Schuldgefühl zu deuten und phantasierte Elternimagines als introjizierte Objekte zu betrachten. Auf diese zwei Irrtümer lassen sich alle die unwahrscheinlichen Folgerungen zurückführen, die Klein bei der theoretischen Bewertung ihres Materials zieht. Angst vor phantasierten Imagines der Eltern ist noch kein Schuldgefühl, und diese drohenden Figuren der Phantasie, die, wie Melanie Klein so eindrucksvoll zeigt, viel schreckenerregender sind als die realen Vorbilder, noch kein Über-Ich. Phantasieren und Introjizieren ist nicht ein und dasselbe. Von phantasierten Elternimagines bis zur Bildung des Über-Ichs ist noch ein langer Weg. Auch ist es unzulässig, jede Partialidentifizierung mit einem Gebot oder Verbot als Über-Ich-Bildung zu betrachten. Dann würde ja jedes Tier, das eine Dressur durchmacht, ein Über-Ich bilden. Eine solche Verwischung des Begriffes des Über-Ichs nimmt ihm jede wissenschaftliche Bedeutsamkeit. Von Über-Ich-Bildung dürfen wir erst sprechen, wenn ein Teil der

Persönlichkeit nach dem Muster eines Vorbildes sich geändert hat, wenn in der Persönlic keit eine Teilpersönlichkeit aufgerichtet wird, die die Attitude des Vorbildes annimm Erst dann kann man von innerer Verurteilung sprechen, erst dann von Verinnerlichu der Realangst zur Gewissensangst. Die Angst der kleinen Patientinnen Kleins vor ihr Phantasieprodukten, den verzerrten Imagines der Eltern, mag eine Zwischenstu zwischen Realangst und Gewissensangst bilden, aber sie steht der Realangst noch v näher als der Gewissensangst. Diese Phantasiegestalten sind noch keineswegs ein Teil d Persönlichkeit geworden, folglich ist es auch noch nicht richtig, von ihrer Introjektion sprechen. Dies würde eine außerordentlich primitive Ausdehnung des Begriffes der Intr jektion bedeuten. Es hieße, daß alles, was in der Phantasie vorgeht (das heißt „im Kopfe und nicht in der Außenwelt, introjiziert sei. Die Autorin hilft sich über dieses Problem m einem komplizierten System von Intro- und Projektionen hinweg. Die wertvolle, von Klei beschriebene Beobachtung, daß diese phantastischen Imagines keineswegs photographis treue Abbilder der Originalfiguren sind, läßt sich einfach aus der ebenfalls von Klein u anderen richtig beobachteten Tatsache erklären, daß die eigenen Aggressionen Vergeltung angst hervorrufen, je wilder und sadistischer diese Aggressionen sind, um so stärkere Ve geltungsangst. Die verzerrten Elternimagines stammen aus der Vergegenständlichungstende des Kindes, sie geben seiner Vergeltungsangst einen der kindlichen Vorstellungsweise en sprechenden Ausdruck.

Damit fällt natürlich die ganze unwahrscheinliche Annahme eines im halbjährig oder ein Jahr alten Kinde wirksamen Über-Ichs, dem das kindliche Ich in einem w höheren Maße unterworfen sein sollte als das erwachsene Ich. Anna Freud, d tatsächlich jene Reaktionen des Kindes untersucht hat, die bereits auf eine echte beginnen Über-Ich-Bildung hinweisen, zeigte durch unwiderlegbare klare Beobachtungen, daß das b ginnende Über-Ich sogar in dem bedeutend älteren Kinde noch ein sehr labiles Gebilde i dessen dynamische Wirksamkeit von äußeren Vorbildern sehr abhängig ist. Diese Abhängigk ist übrigens der Auffassung des Referenten nach auch im Erwachsenen größer, als man g wöhnlich denkt. Es ist wohl allgemein bekannt, daß unter dem Einfluß eines korrupt Führers die Masse in einen asozialen Zustand zu regredieren pflegt, in dem die Mitglied der Masse zu solchen Handlungen fähig sind, die sie unter der Führung eines charakte festen Leiters nicht imstande wären zu begehen. Dies zeigt, wie sehr das Über-Ich sel beim Erwachsenen von den realen Vorbildern abhängig ist. Schon beim Kinde ein fe gefügtes und von den Vorbildern unabhängiges Über-Ich anzunehmen, widerspricht ab jeder Erfahrung. Die Differenzierung des Seelenapparates ist ja schließlich doch eine a mähliche Anpassungsleistung, die beim Kinde noch nicht in dem Grade verwirklicht s kann wie bei einem Erwachsenen. Aus der Tatsache, daß das Kind von angsterregend Phantasiegestalten sich bedroht fühlt, auf ein festgefügtes Über-Ich zu schließen, beru auf einer groben Fehldeutung der beobachteten Tatsachen.

Aus derselben Fehlannahme erklärt sich die offenbar unzutreffende Auslegung der ther peutischen Vorgänge in der Frühanalyse. Nicht die Wirksamkeit der Frühanalyse soll b zweifelt werden — wie gesagt, scheint Klein mit ihrer Kunst erstaunliche Erfolge zu z zielen — sondern die Richtigkeit der Beschreibung der Vorgänge, auf denen diese Erfol beruhen.

Melanie Klein meint, daß ihre Deutungen denselben Vorgang im Kinde hervo rufen wie beim Erwachsenen. Wir sehen aber, daß kleine Patienten meistens die Deutu ohne Widerstand, ja mit einem gewissen Vergnügen akzeptieren und in ihrem Spiel gedeuteten Affekte zunächst noch deutlicher zum Ausdruck bringen. Wir können uns dies Vorgang nicht anders vorstellen, als daß bei korrekter Erfassung des Sinnes der Spie wenn dieser Sinn dem Kinde in der ihm eigenen Sprache ausgedrückt wird, die An

sich dadurch vermindert, daß die Kinder diese Deutungen, die von einer freundlichen Tante in einem unaffektiven Ton geäußert werden, zunächst als Erlaubnis auffassen. Damit wird das Abreagieren im Spiele, wie auch Klein annimmt, ermöglicht, das die Grundlage der späteren Sublimierungen ist. Dabei scheint es gar nicht darauf anzukommen, ob die Deutungen jedes Detail richtig wiedergeben, wenn nur die Gefühlsrichtungen richtig erkannt werden. Ob durch das Zusammenstoßen der kleinen Spielwägelchen wirklich der elterliche Koitus vorgestellt wird oder eine mehr harmlose körperliche Aggression gegen Eltern oder Geschwister, scheint mir nicht ausschlaggebend zu sein. Die Hauptsache ist, daß eine Aggression und deren Ursache — Eifersucht, Rache usw. — richtig erkannt wird und dies nicht nur ohne erzieherische Vorhaltungen, sondern freundlich und sogar mit der sichtbaren Befriedigung der Analytikerin zum Ausdruck kommt. Ich glaube auch nicht, daß es sich bei dem ganz kleinen Kinde von etwa zweieinhalb Jahren um die Auflösung von Verdrängungen handelt, in dem Sinne der späteren Verdrängungen, die unter dem Einfluß des Über-Ichs entstehen, vielmehr um die Auflösung von Realangst. Es wird also nicht ein grausames Über-Ich abgebaut, sondern jene nach außen gerichteten phantastischen Ängste überwunden, die später zu der Bildung eines grausamen Über-Ichs führen würden. Daß das Kind die Deutungen ohne Widerspruch annimmt und darauf mit sofortiger Erleichterung reagiert, zeigt klar, daß die Deutungen als Erlaubnis seitens einer ähnlichen Autoritätsperson, wie die Eltern es sind, aufgefaßt werden und daß dadurch die Angst vor den Eltern und deren verzerrten Imagines schwindet. Beim Erwachsenen wirkt die Deutung gerade umgekehrt. Zunächst vergrößert sie den Konflikt, ruft innere Verurteilungen des Patienten hervor, die nicht so einfach durch das Gegengewicht des nicht verurteilenden Analytikers überwunden werden. Beim kleinen Kind hat man offenbar hauptsächlich äußere Angst, bei dem Erwachsenen Gewissensangst zu überwinden, was das verschiedene Verhalten den Deutungen gegenüber erklärt. Dieser Unterschied scheint uns besonders beim ganz kleinen Kind vorhanden zu sein, während die Analyse der größeren Kinder der Erwachsenenanalyse näherstehen mag.

Abgesehen von der offenbar unzulänglichen Beschreibung des Heilungsprozesses empfängt aber jeder Leser einen tiefen Eindruck von dem klaren Aufzeigen des nahen Zusammenhanges von Angst und Aggression. Ebenso gelang es Melanie Klein überzeugend zu beweisen, daß es mit richtiger Handhabung der Spieltechnik tatsächlich möglich ist, die destruktiven Reaktionen des Kindes in kontrollierbarer Weise zu behandeln, was Anna Freud sehr bezweifelt hat. Die größten Erfolge scheinen gerade durch die Abfuhr und durch das Lenken der Aggression erzielt.

In dem Kapitel über die Technik der Analyse im Latenzalter erfährt man besonders wichtige und neue technische Einzelheiten. Die Fälle Kenneth und Werner, bei denen eine gemischte Technik von Spielen und Freiassoziationen angewendet wurde, sind besonders einleuchtend. Die Beschreibung des für dieses Alter bezeichnenden Rollenspieles, an welchem die Analytikerin aktiv teilnimmt, gehört zu den faszinierendsten Teilen des Buches. Der Standpunkt, den Melanie Klein in diesem Kapitel der Frage der Mithilfe der Eltern gegenüber einnimmt, deren Wichtigkeit sie nicht besonders hochzuschätzen scheint, leuchtet aber nicht ein. Die schwere Zugänglichkeit des neurotischen Kindes Erziehungsmaßnahmen gegenüber beweist nicht, daß eine zureichende Aufklärung der Eltern in Fällen, wo dies möglich ist, nicht von großem Nutzen sein könnte. Es scheint uns Anna Freuds Einschätzung, besonders der ungünstigen Wirkung der Eltern, stichhaltiger zu sein. Die Plastizität der kindlichen Persönlichkeit, ihre Beeinflußbarkeit durch äußere Einwirkung (— Erziehung ist oder sollte nichts anderes als eine zielbewußte Dosierung von äußeren Einflüssen sein —) wird von der Autorin unverständlicherweise negiert oder wenigstens unterschätzt.

Im Kapitel über die Pubertätsanalyse wird auf die Wichtigkeit des Aufdeckens von Aggressionen hingewiesen, weil es zur Verminderung der in diesem Alter so mächtigen und die Analyse hemmenden latenten Angst führt. Die Deutung von Phantasien ist in diesem Alter eines der wichtigsten technischen Hilfsmittel.

Das Kapitel über die Neurosen des Kindes gibt eine gute Übersicht über die typischen Symptome und Anzeichen einer vorliegenden neurotischen Störung. Im nächsten Kapitel über die Sexualbetätigungen des Kindes ist besonders die Darstellung der komplizierten Motivgestaltung der Inzestbeziehung zweier Brüder erwähnenswert, die von großem analytischen Scharfsinn zeugt.

Unser bereits geäußertes Bedenken gegenüber der kritiklosen Verwendung des Über-Ich-Begriffes und der Verwechslung von Realangst und Gewissensangst gilt besonders für die zwei ersten Kapitel des zweiten Teiles: „Frühstadien des Ödipuskomplexes und der Über-Ich-Bildung" und „Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Über-Ich-Bildung", die als nicht gelungene Versuche einer theoretischen Auswertung des so wertvollen Materials betrachtet werden müssen. Der Versuch der Autorin, die phobische Angst des von Freud analysierten kleinen Hans mit der Annahme einer Projektion von Gewissensangst auf das Pferd zu erklären, scheint völlig unbegründet und wird mit keinem einzigen Argument unterstützt. Die einfachere Annahme Freuds, daß es sich um die Verschiebung der dem Vater geltenden Vergeltungsangst auf das Pferd handelt, erklärt die beobachteten Erscheinungen und macht die Annahme der Projektion des Gewissens auf das Pferd überflüssig. Hingegen scheint die Annahme Melanie Kleins, daß bei dem Wolfsmann hinter der passiv-femininen Schicht eine primäre maskulin-aggressive vorhanden sein könnte, dem Referenten vieles für sich zu haben. Die Verkleidung des passiven Wunsches dem Vater gegenüber in die angstvolle Erwartung, vom Wolfe gefressen zu werden, scheint ohne eine primäre aggressive Komponente nicht gut verständlich zu sein.

Das Kapitel über die Bedeutung früherer Angstsituationen für die Entwicklung fällt im ganzen etwas mager aus. In den theoretischen Ausführungen dieses Kapitels über die Bedeutung der Projektion von inneren Gefahren in die Außenwelt stört wieder das zähe Nichtbeachten der einfachen Tatsache, daß die Triebe erst durch peinliche Erfahrungen (Versagung und Vergeltung) „innere Triebgefahren" werden, und daß das Über-Ich gerade zur Überwindung und Vermeidung dieser Reibungen mit der Außenwelt sich entwickelt.

Die beiden letzten Kapitel gehören neben einigen technischen Teilen zu den gelungensten des Buches. Es findet sich kaum eine Veröffentlichung in der analytischen Literatur, in der die Bedeutsamkeit der Destruktionstendenzen für die Triebentwicklung vollständiger dargestellt wäre.

Der Leser, der sich die Mühe nimmt, das kondensierte, nicht systematisch geordnete Material durchzuarbeiten, und der geneigt ist, von einzelnen begrifflichen Unklarheiten und theoretischen Fehlschlüssen abzusehen, wird dafür durch das großartige Material aus der unerschöpflichen Fundgrube der Kinderseele reichlich belohnt.

Mit aller Hochachtung vor den erstaunlichen therapeutischen Erfolgen von Melanie Klein sieht der Referent die Bedeutsamkeit der Erforschung der Kinderseele für die Zukunft doch nicht in der therapeutischen, sondern in der pädagogischen Verwertung dieser Kenntnisse. Eine zielbewußte Leitung der Entwicklung mit Ausschaltung der pathogenen Erlebnisse — das heißt, eine wissenschaftlich fundierte Erziehung — wird vielleicht einmal jene Fälle sehr vermindern, in denen der Abbau (Analyse) des bereits pathologisch Festgewordenen nötig ist. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß auch Melanie Kleins Wirkung auf ihre kleinen Patienten viele unbemerkt erzieherische Momente enthält, die wegen der großen Beeinflußbarkeit und Plastizität der Kinderseele ja unvermeidbar sind.

Franz Alexander (Chicago)

Melanie Klein, The Psycho-Analysis of Children, Authorised Translation by Alix Strachey. (Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, London 1932. Pp. 393. — Übersetzung des Buches „Die Psychoanalyse des Kindes", s. auch Referat S. 219 ff.

Vor einigen Jahren habe ich bei einem Symposion der Psychiatric Section der Royal Society of Medicine die Prophezeiung gewagt, daß die Zukunft der Psychiatrie — Diagnose, Prognose und Therapie — an die Zukunft der Psychoanalyse des Kindes gebunden sein wird. Angesichts der damaligen Rückständigkeit der wissenschaftlichen Psychiatrie konnte man diese Behauptung verhältnismäßig leicht aufstellen und belegen. Heute aber, nachdem Frau Melanie Klein ihre Untersuchungen fortgesetzt und sie in diesem zusammenfassenden Buche veröffentlicht hat, steht der Referent vor der schwierigeren Aufgabe, die Bedeutung ihrer Funde für die Psychoanalyse selber einzuschätzen. Und da stehe ich nicht an zu erklären, daß ihnen in zwei Hauptpunkten grundlegende Bedeutung für die Zukunft der Psychoanalyse zukommt. Das Buch enthält nicht nur einzigartiges Material, welches durch unmittelbare analytische Beobachtung an Kindern gesammelt wurde, sondern es kommt auch zu bestimmten Folgerungen, welche die Theorie und Praxis der Analyse für die Zukunft beeinflussen müssen. Es kann schon nach dem ersten Lesen mit Sicherheit gesagt werden: selbst wenn ihre Anschauungen — wie zweifellos zu erwarten ist — in den analytischen Zentren verschieden starken Widerspruch erregen werden, wird die unbedingt zur Äußerung kommende Diskussion dazu beitragen, daß Divergenzen in der Analyse zutage treten werden, welche bisnun im Dunkel geblieben sind, weil man zu sehr bereit war, über schwierige Punkte der als Standard geltenden Theorie beschönigend hinwegzugleiten. Und schon das ist kein geringer Beitrag zu jeder wissenschaftlichen Forschung.

Wenngleich es unmöglich ist, all die überaus zahlreichen Mitteilungen, die das Buch enthält, auch nur aufzuzählen, ist es doch wesentlich wichtig, die Wiedergabe der wichtigen Stellungnahmen einem Referate vorauszuschicken. Diese Aufgabe ist nicht schwer, weil frühere Mitteilungen der Verf. uns mit ihrer Arbeit vertraut gemacht haben. Denn das Buch bringt größtenteils erweitert den Inhalt zweier Kurse, die die Autorin zu verschiedenen Zeiten gehalten hat (diese Entstehungsart erklärt und verschuldet zum Teil, daß manche Darlegungen sich zu sehr überlagern). Ein oder zwei Kapitel (besonders VIII und IX) gehen auf frühere Arbeiten zurück. Sie enthalten gerade die Quintessenz des Werkes von Melanie Klein. Betreffend das Kapitel VIII (über die frühen Stadien des Ödipuskonfliktes und der Bildung des Über-Ichs) stehe ich wieder nicht an zu sagen, daß es eine Wegmarke in dem psychoanalytischen Schrifttum darstellt, und daß es verdient, mit einigen von Freuds klassischen Beiträgen in eine Rangordnung gestellt zu werden.

Indem wir diese Kapitel mit einigen Feststellungen aus andern Teilen des Buches ergänzen, möchten wir den Stand der Behauptungen wie folgt beschreiben: Schon von der Mitte des ersten Lebensjahres an lösen orale Versagungen in Verbindung mit der Zunahme des oralen Sadismus die Ödipusimpulse aus. Gleichzeitig beginnt die Bildung des Über-Ichs. Die unmittelbare Folge der oralen Versagung ist das Verlangen des Kindes, das Glied des Vaters sich „einzuverleiben". Dieses Verlangen wird aber von der Theorie begleitet, daß die Mutter des Vaters Glied sich einverleibt hat und es in Besitz behält. Nun ist der Drang erweckt, auf verschiedene primitive Weise den Leib und Leibesinhalt der Mutter zu zerstören. Beim Mädchen läßt der Impuls, den Körper der Mutter zu zerstören, eine Gefahrsituation entstehen, die ein Gegenstück ist zur Kastrationsfurcht des Knaben, nämlich die Angst, daß der eigene Körper mit Vernichtung bedroht werde. Als Nebenbefund kommt die Autorin so zum Resultat, daß der Ursprung der Angst die Aggression sei. Sobald der Vorgang dieser „Einverleibung" begonnen hat, wird das einverleibte Objekt

Träger der Abwehr gegen die Destruktionsimpulse im Organismus. Das Kind fürchtet dar die Vernichtung durch die eigenen destruktiven Impulse und projiziert sie daher auf e Objekt in der Außenwelt und trachtet, dieses mit oralsadistischen Mitteln zu zerstöre Das verlangt immer wieder die Einverleibung eines „bösen" Objekts, das dann wied als strenges Über-Ich wirkt. Die primäre Abwehr wird von der bloß oralen Aggressi bald auf die der urethralen und analsadistischen Organisation ausgedehnt. Alle die Aggressionen richten sich zuerst gegen die Brust, später aber auch gegen andere Körperte der Mutter; mitunter sind es die dem Partialtriebe des Kindes entsprechenden Teile. D primären Abwehrmechanismen währen ungeschwächt bis gegen das Ende der frühen ana sadistischen Stufe. Die orale Versagung erweckt auch eine unbewußte Kenntnis davon, d die Eltern einander sexuelle Genüsse gewähren (zuerst im oralen Vorstellungsgebiete), u der so geweckte orale Neid läßt das Kind Verlangen tragen, in der Mutter Leib ei zudringen; er ist gleichzeitig für seine Wißbegierde verantwortlich. Die phantasierten A griffe sind insbesondere auf den oral von der Mutter einverleibten Penis des Vaters g richtet. Der Knabe z. B. hat in letzter Wurzel Furcht vor dem Körper der Mutter, w des Vaters Glied in ihm ist, das heißt, es besteht die Tendenz, die Furcht von dem Pe weg auf den Körper der Mutter zu verschieben. Die größte Angst wird aber dann Kinde erregt, wenn das Besitzen des Penis des Vaters durch die Mutter als Vereinigu von Vater und Mutter in Feindschaft gegen das Kind aufgefaßt wird.

Beim Knaben setzt der Ödipuskonflikt mit dem Hasse gegen das Glied des Vaters Leibe der Mutter ein und mit dem Wunsche nach genitaler Vereinigung mit der Mutter. D Mädchen wendet sich in ihrer Angst von der Mutter (Leib) ab und dem Vater (Penis) Bei beiden Geschlechtern sind es demnach Haßimpulse, welche die Ödipussituation und d Entstehen des Über-Ichs einleiten. Es wird in klarer Weise dargelegt, daß schon Kindes früheste Identifikationen als Über-Ich zu bezeichnen sind. Diese Instanz läßt An und Sadismus bewältigen; allerdings ist auch die Angst selbst Ursache für weitere Ausbr tung erotogener Interessen. Die vom Kinde introjizierten Objekte (die im Wesen Orga objekte sind) üben eine phantasiert übertriebene Strenge aus und erwecken dadurch int sive Angst. So versucht das Kind in der frühen analsadistischen Phase, sein Über-Ich sich zu entfernen (engl. *to eject)* und nicht nur sein Über-Ich, sondern auch sein Es. dieser Entwicklungsphase sehen wir alle Fixationsstellen für die Psychosen. Die Vorgär der Intro- und der Projektion verlaufen einander reziprok; das Ich behandelt währe dieser Phasen die Objekte in gleicher Art wie das Über-Ich das Ich behandelt und seinerseits das Ich dem Über-Ich und dem Es begegnet. Dies führt zur Vermengung Gefahren durch das phantasierte und durch das wirkliche Objekt. Das „reale" Obj trägt etwas, aber in der Regel wirklich nur etwas, zu den Angstsituationen bei. Der sprüngliche Haß des Kindes gegen das Objekt wird verstärkt durch Haß gegenüber d Über-Ich und dem Es.

Diese frühen Angst- und Abwehrbildungen erleiden eine Veränderung durch den E fluß der Libido und durch die Beziehung zu realen Objekten. Selbst die frühe Wendung von der Brust der Mutter zum Gliede des Vaters ist ein libidinöser Schritt einer Angstsituation nach vorwärts, allerdings ein zunächst wenig erfolgreicher Schr Beim Mädchen ist er der Vorläufer der Ödipussituation; beim Knaben kann er zu ei tiefen homosexuellen Fixierung an den Vater führen, es sei denn, daß neuerlich die Ri tungnahme zur Mutter gefunden wird. Was wir die Stufen der Libidoentwicklung nenn sind tatsächlich die von der Libido im Kampfe mit den Destruktionstrieben erober Stellungen. Ja, das Mißtrauen gegenüber der wirklichen Welt, das die Folge des den jekten zugeschobenen eigenen Sadismus ist, führt doch auch zu einem näheren Kontakt der Wirklichkeit. Diese Umstände, Folgen des Hinausverlegens des destruktiven Ü

Ichs, bereiten den Weg für eine besser gelingende Introjektion von „gut gesinnten" Objekten. Diese neuerlichen Introjektionen führen der Reihe nach wieder zu Abänderungen der frühesten Angst-Phobien, welche den Charakter der Projektion, des Paranoiden hatten. Wenn auf spätanaler Stufe das Über-Ich „zurückgehalten" wird, dann entwickelt sich die Angst zu Schuldgefühl und es treten zwangartige Züge in Erscheinung. Zeremonielle mit der Bedeutung der Wiederherstellung des Objekts sind ein auffallendes Zeichen dieser Stufe, charakterisiert durch den Glauben an schöpferische Allmacht als notwendige Gegenkraft gegenüber dem Glauben an die zerstörerische (exkretorische) Allmacht. Diese Zwangssymptome sind auch eine Abwehr gegen frühe onanistische Handlungen, welche wieder auf einem Nebengeleise sadistische Ödipusinhalte zu befriedigen trachten. Zu solchen „pathologischen" Abwehrmaßnahmen kommen die mehr normalen Mechanismen hinzu, nämlich das Spiel und die Neugier (Wißbegierde), welche die Furcht durch Bewältigung in der Außenwelt herabsetzen. Jetzt wird auch der Versuch gemacht, das Über-Ich näher an wirkliche Objekte heranzubringen und ein wirklichkeitsgemäßes System von Ichidealen aufzubauen. Die Weiterentwicklung des Über-Ichs und der Libido hört mit Anbruch der Latenzperiode auf. Im allgemeinen entsprechen Unterschiede zwischen dem Aufbau des Über-Ichs bei Knaben und Mädchen der verschiedenen Entwicklungsgeschichte in bezug auf Aggression und Libido. Des Mädchens Ödipusphase wird eingeleitet durch orales Verlangen nach des Vaters Glied, welches der Vorstellung nach sich im Leib der Mutter befindet. Das Mädchen glaubt dann vermöge seiner Allmacht, daß es sich diesen Penis selbst „einverleibt" hat. Diese stärkere Einverleibungstendenz verschafft dem Mädchen ein stärkeres Über-Ich. Je nach dem, was mit diesem „bösen" introjizierten Penis weiter geschieht, entstehen verschiedene Typen, die man an Frauen beobachten kann. Das Über-Ich des Mädchens wird auch durch die Vorstellungen von der sadistischen Allmacht der Exkrete beeinflußt. Da ihr der wirkliche Penis fehlt, besteht bei ihr mehr Unsicherheit über das Körperinnere. Im allgemeinen erstreckt sich aber das Über-Ich des Mädchens über einen weiteren Bereich, weil ihre Triebe mehr von empfangender Art sind. Die primäre Allmacht des Knaben betrifft mehr den Besitz eines realen und weniger die Existenz eines introjizierten väterlichen Penis. Das Mädchen introjiziert mehr als der Knabe; es „bedarf" der Objekte mehr, und so verbleibt sie schließlich mit einem mehr erhöhten Über-Ich. Der Knabe hingegen drängt bei seiner ursprünglichen Beziehung zum väterlichen Penis im Innern des Mutterleibes mehr auf die Zerstörung des Penis. Jedenfalls dauert die Phase des Angriffs auf den Mutterleib beim Knaben nicht so lang wie beim Mädchen; zudem sind die begleitenden Allmachtsideen beim Knaben weniger analer und mehr phallischer Natur. In seinem Glauben an die sadistische Allmacht des Penis konzentriert sich der Knabe auf den Angriff gegen den Penis des Vaters und das führt dann zu genitalen Wünschen nach der Mutter. Wird dann dieser Haß gegen den väterlichen Penis auf den realen Penis des Vaters verschoben, so entwickelt sich die typische Kastrationsangst.

Schon aus diesem unzulänglichen Überblick wird offenbar, daß einige grundlegende Probleme aufgerollt sind: das Alter, in dem der Ödipuskomplex einsetzt, der Zeitpunkt der Entstehung des Über-Ichs, die Stufen der Angst, das Verhältnis der Introjektion, Projektion und der als Abwehr auftretenden Aggression zur Urverdrängung, schließlich die Beziehungen der aggressiven und libidinösen Triebe zueinander, insbesondere in bezug auf die einzelnen Entwicklungsphasen. Von diesen Kardinalfragen gehen bestimmte klinische Probleme aus, z. B. die Fixierungsstellen der Psychosen und Neurosen und das psychologische Problem des Unterschiedes zwischen der psychischen Struktur von Mann und Weib. Auch einige rein praktische Probleme der Technik tauchen auf; so vor allem die Frage, ob frühe „tiefe" Deutungen bei erwachsenen Fällen ratsam sind. Schließlich erhebt sich eine Frage, welche die am meisten theoretische, aber keineswegs die unwichtigste ist:

ob nämlich die metapsychologische Lehre von der psychischen Abwehr einer Revision bedarf.

Was nun die Ödipussituation betrifft, sehe ich keinen Grund anzunehmen, daß Melanie Kleins Beobachtungen über den frühzeitigen Beginn des Ödipuskomplexes in ihren Fällen unrichtig sind. In analytischen Sitzungen wurde oft berichtet, daß Kinder zwischen sechs und achtzehn Monaten manifeste Ödipusreaktionen zeigen, und es kann oft beobachtet werden, daß Kinder zwischen drei und dreieinhalb Jahren schon in die Latenzperiode eingetreten sind. Es steht der Kritik natürlich frei, zu sagen, daß Frau Klein kein Recht zur Verallgemeinerung habe, da sie ja nur wenige ihrer Fälle wirklich auf der infantilen Stufe analysiert hat und manche Kinder ja schon mit drei oder vier Jahren die psychische Struktur von Erwachsenen haben; oder daß sie eine eingetretene Regression als Fixierung mißverständlich aufgefaßt hat. Aber das sei nur eine Mahnung, statistische oder andere Untersuchungen aufzustellen, welche aber die Wichtigkeit jener ihrer Beobachtungen, die unanfechtbar sind, nicht vermindern werden. Freud hat vor kurzem ausgesprochen, es sei nichts dagegen einzuwenden, wenn man prägenitale Beziehungen zwischen dem Kind und den Eltern schon Ödipusbeziehungen nennen will. Es scheint mir aber, daß sich Melanie Klein damit nicht begnügen würde. Sie stellt die ganz spezielle These auf, daß Phantasien vom Penis des Vaters (im Innern der Mutter) unmittelbar auf die orale Versagung folgen; daher ist ihre „Ödipussituation des ersten Jahres" eine richtige genitale Ödipusbildung. Und rein theoretisch kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die genitalen Zonen, die ja ihre Funktion in einem gewissen Ausmaß von der Geburt an erfüllen, auch fähig sein müssen, ihre psychische Repräsentanz in Urphantasien zu finden. Der Gegenstand ist offenbar sorgfältiger Untersuchung wert; aber mittlerweile ist wohl zu sagen, daß wir bisnun die Tiefe der Ödipusorganisation stark unterschätzt haben. Und das besagt wieder, daß unsere Terminologie der libidinösen Stufen manche Revision erheischt. Wollen wir einmal annehmen, daß Melanie Klein im Recht ist, so müßte — wenn man nach der frühzeitigen und ausgedehnten Verzweigung der Penisphantasien urteilt — die sogenannte orale Phase in eine frühe orale Saugephase und in eine spätere orophallische Beißphase unterteilt werden. Mein eigenes Gefühl in dieser Sache geht dahin, daß, solange wir phallisch (und damit genitale Ödipus-) Regungen auf der späteren oralen Stufe nicht ausschließen können, auch ihr Bestehen in der ersten oralen Phase nicht völlig auszuschließen ist. Die Autorin folgt hier meiner Meinung nach zu enge dem Abrahamschen Gedanken einer frühen präambivalenten oralen Phase. Das Kind hat in den ersten sechs Monaten (Saugephase) gewiß schon zahlreiche Verschiebungsmanöver (mit Einschluß einer Betonung des urogenitalen Interesses) gebraucht, um mit oralen und anderen Formen des Sadismus fertig zu werden. Ferner können wir auf den frühesten Stufen den Einfluß anderer erogener Zentren und Entladungsstellen des Aggressionstriebes nicht ausschließen. Analytische Erfahrung bei verschiedenen schizophrenen Typen läßt mich zur Ansicht neigen, daß das orale Primat viel weniger absolut ist, als wir vorausgesetzt haben, und daß es eine detaillierte Untereinteilung verdienen würde.

Praktisch dieselben Argumente können angewendet werden, wenn die Frühbildung des Über-Ichs in Frage steht. Ich habe hier wiederum den Eindruck, daß Frau Klein ein Prinzip von beträchtlicher Bedeutung aufgestellt hat. In der ersten Zeit der Kontroverse über das Über-Ich pflegten die Kritiker es für ausgemacht zu halten, daß alles, was dem Ende der phallischen Ödipusphase vorausgeht, der Stufe des „primitiven Ich" zugehörig sei, von diesem nahm man an, daß es den Es-Antrieben teils gehorche, teils sie projizieren. Das Über-Ich wurde als Ergebnis des endgültigen Aufgebens von infantilen Objekten angesehen, deren Liebesfunktionen hauptsächlich die genitalen Systeme betrafen. Bei früherer Gelegenheiten neigte ich selbst bei der Verteidigung von Melanie Kleins Schlußfolg

rungen über die frühere Über-Ich-Bildung der Ansicht zu, daß ihr frühestes Über-Ich vor allem ein primitives Ich sei. Aber neuerdings komme ich dazu, diese Frage teilweise für terminologisch zu halten. Ich glaube, daß es für den Terminus „primitives Ich" noch eine gewisse Anwendbarkeit gibt, wie kurzlebig diese hypothetische Phase auch sein mag. Im übrigen meine ich, daß jede durch hinlängliche Zeit andauernde psychische Einprägung, die zu einer Teilung der Triebenergien innerhalb des Ichs führt (Freuds ‚Wendung gegen die eigene Person'), Über-Ich-Charakter beanspruchen kann. Es bringt einige Vorteile, an dieser Ansicht festzuhalten: im besonderen macht sie die pathologischen Manifestationen des Über-Ichs in Psychosen verständlicher. Man hat nicht länger das Recht, von einer „Abwesenheit" oder einer „Unterentwicklung" des Über-Ichs zu sprechen als von einem Faktor bei pathologischen Zuständen, z. B. beim triebhaften Verbrechen. Da es andererseits vielleicht bequemer ist, von einem „strengen" primitiven Über-Ich zu sprechen, sollten sich die Autoren in acht nehmen, nicht den Eindruck zu erwecken, daß diese frühen Über-Ich-Formen hochorganisiert seien. Die Grenzen zwischen dem Es, dem primitiven (?) Ich und dem primitiven (?) Über-Ich sind nie ganz klar; und die „Strenge" des Über-Ichs kann, wie mir scheint, am besten in energetischen Ausdrücken eingeschätzt werden, nämlich nach den Quantitäten des nicht modifizierten Aggressionstriebes, die das System passieren. Nichtsdestoweniger können Gegner der Ansicht Melanie Kleins weiter dabei bleiben, daß das einzige Über-Ich, das diesen Namen verdient, jenes sei, das von der schließlichen Versagung der genitalen Impulse gegen die vollständigen Elternobjekte stammt. Aber das ist der Punkt, an dem der Streit fruchtlos wird. Frau Klein hält daran fest, daß richtige genitale Versagung vom ersten Jahr an besteht, und ihre Gegner können sich der Aufgabe nicht entziehen, ihr klinisches Material auf dieser Basis erneut zu prüfen.

Nicht der geringste Vorteil der Formulierungen von Frau Klein liegt darin, daß sie uns die Natur der primitiven „Mutter"-Über-Ich-Bildungen klarer sehen läßt. Tatsächlich schwächt sie die Bedeutung dieser Anschauung nur ab, indem sie an der Bedeutung des väterlichen Penis für Knaben wie Mädchen in frühen Phasen festhält. Aber ich meine, daß dieser Punkt nicht so betont worden wäre, wenn die Autorin sich nicht bestimmt gefühlt hätte, ihre neuen Funde so weit als möglich der klassischen Theorie zuzuordnen. Es schien mir immer, daß die angenommene Ansicht von einem hauptsächlich väterlichen Über-Ich mit der eher willkürlichen Ausschließung der Einflüsse der ersten zwei Jahre zusammenhing.

Unbeabsichtigterweise dürfte der Gebrauch, den die Autorin von Terminis wie „Projektion", „Introjektion", „Ausstoßung des Über-Ichs", „einverleibter Penis", macht, neue Schwierigkeiten bei der Formulierung der Theorie der Abwehrmechanismen und bei der Herausarbeitung der Geschichte der infantilen Phantasien bereiten. Es ist immer schwierig, zu verhüten, daß sich ein Anthropomorphismus in die psychologische Terminologie einschleiche. Es wird dadurch noch wichtiger, jeden Sprachgebrauch zu vermeiden, der zu einer Art Slang degenerieren kann. Ich halte es für ratsam, diese Termini strikt in metapsychologischem Sinne zu gebrauchen und sie nur als bequeme Etiketten für die Zwecke der theoretischen Beschreibung des psychischen Apparats und seiner Funktion anzuwenden. Nun ist das Wort „Einverleibung" zufällig nicht nur in der Metapsychologie nützlich, sondern dient auch als beschreibender Ausdruck für infantile Phantasien. Aber in andern Beispielen würde es besser sein, geeignete (infantile?) Termini zur Beschreibung des Inhalts der Phantasie zu wählen. Solange es ausgemacht ist, daß die auf frühen Stufen psychisch introjizierten Objekte das sind, was der Beobachter „Partialobjekte" nennen mag, solange ist es unnötig, die Bezeichnung „introjizierter Penis" zu wählen, wenn eine primitive Phantasie zu beschreiben ist. Es ist eine gemischte Metapher. Der Ausdruck „verschluckt" oder „verdaut" würde gelegentlich präziser sein. Jedenfalls ist es der Mühe wert, zu unterscheiden zwischen einerseits den Mechanismen der Introjektion und Projektion,

die, wie ich durchaus bestätigen kann, auf frühen Stufen fortlaufende reziproke Prozesse sind, und andrerseits der Bildung einer Einprägung, eines Kernes oder einer Institution, die zum Ziel die Überwindung des schließlichen Verlustes eines Objekts (oder Teilobjekts), das ist die Überwindung der zum Schluß eintretenden Versagung einer Gruppe von Trieben hat. Frau Klein unterscheidet meiner Ansicht nach nicht hinreichend zwischen den dynamischen und den — stets dunkeln — strukturellen und topischen Aspekten der Über-Ich-Bildung. Es ist etwas anderes, zu sagen, daß das Kind der Anwesenheit eines imaginären Penis oder Feindes in seinem Körper eine psychische Spannung verleihe und dann für die Mechanismen der Projektion die Terminologie der Phantasie von der „Ausstoßung des Feindes" anwende, und etwas ganz anderes, davon zu sprechen, daß das Kind versucht, sein Über-Ich auszustoßen.

Bei dieser Gelegenheit muß darauf hingewiesen werden, daß die Verfasserin den Mechanismus der Projektion dem Vorgang der analen Ausstoßung gleichsetzt. Sie betont ausdrücklich, daß das Kind in der ersten analen Phase gerade durch dieses charakteristische Interesse am Ausstoßen eine Entlastung seines Ichs erfährt, so oft es durch seinen oralen Sadismus oder seine „Introjektionsphantasien" in Schwierigkeiten gerät. Man kann kaum daran zweifeln, daß, wie Abraham angeführt hat, frühe anale Erfahrungen zur Bildung psychischer Objektbeziehungen führen, die die Ausstoßung und Vernichtung des Objekts zum Ziel haben, wobei diese Objekte als innerhalb des kindlichen Körpers bestehend gedacht werden. Aber auch wenn wir mit einer zulässigen Überbetonung in der Darstellung rechnen, scheint doch Frau Kleins Anschauung den primitiven Ausstoßungsvorgängen, die am Magen und am Atmungsapparate von Geburt an wirksam sind, nicht gerecht zu werden. Ferner beruht — wie das Freud schon vor langem („Die Traumdeutung") betont hat — die primäre Projektion auf einer Eigentümlichkeit in der Struktur und Funktion des psychischen Apparates, das heißt, das System W-Bw verlegt alle Reize, ob sie nun von innen oder von außen stammen, in die Außenwelt. Diese Schwierigkeit ist jener anderen ähnlich, die sich im Falle von Identifizierung und Introjektion erhebt; was immer nämlich im Hinblick auf die Beziehung dieser beiden Prozesse gesagt werden kann, der Notwendigkeit, eine primäre hypothetische Indentifizierung anzunehmen, kann man nicht entgehen. Wie von der Annahme des primitiven Ichs scheint es auch von der einer primären Identifizierung und primären Projektion zu gelten, daß man kaum jemals ohne sie wird auskommen können.

Ich wende mich nun einem klinischen Problem zu: Der Verfasserin bereitet es Schwierigkeiten, die herrschende Anschauung über psychische Gefahrsituationen (etwa Liebesverlust, Kastrationsangst, und dann Verlust der Liebe des Über-Ichs) mit ihren, die Frühstadien von Zwangssymptomen betreffenden klinischen Beobachtungen in Übereinstimmung zu bringen. Sie glaubt, daß die sogenannten ursprünglichen Phobien im wesentlichen typisch paranoid sind und von zwangsneurotischen Bildungen erst abgelöst werden. Das ist eine Frage, in der dem Kliniker das letzte Wort gebührt, unter der Voraussetzung freilich, daß er mit der Symptomatologie der kindlichen Neurosen usw. gründlich vertraut ist. Meine eigene Erfahrung berührt sich sehr enge mit Frau Kleins Anschauung. Ja, ich meine, daß die Fragen der Einteilung der Psychosen und Neurosen außerordentlich vereinfacht werden, wenn wir ein System von Zwangsbildungen (das auch die Angst vor dem Über-Ich umfaßt) zwischen ein frühkindliches System der Angstpsychose und der hysterischen Angstphobie der Kindheit einschieben.

Auch mit einer anderen Anschauung Frau Kleins stimme ich nahe überein. Sie behauptet, daß die frühen Angstbildungen durch die Benützung der libidinösen Triebregungen (im Sinne von Liebe, Sicherung und Wiederherstellung) eingeschränkt werden. Zugegebenermaßen ist dies keine neue Entdeckung, ebensowenig wie die andere hierher gehörige An-

nahme, daß der Sadismus (oder eher der Destruktions- und Bemächtigungstrieb) die Wurzel aller geistigen Konflikte sei. Freud selbst, dann aber Jones und Abraham, gebührt das Verdienst, den Grundbegriff der Ambivalenz in verständlichen Worten zuerst umschrieben zu haben. Melanie Klein aber verdient volle Anerkennung dafür, daß sie intuitiv erfaßt hat, welche große Bedeutung diesem Faktor schon auf den frühesten Stufen kindlicher Entwicklung zukommt. Sie hat sich denn auch nicht gescheut, alle Details herauszuarbeiten oder neue Hypothesen aufzustellen, wenn ihre Beobachtungen der herrschenden theoretischen Auffassung zu widersprechen schienen. Darin liegt vielleicht eine ihrer größten Leistungen. In der Tat ist ja die Lehre vom Sadismus äußerlich in analytischen Kreisen vielfach angenommen worden, aber manches spricht dafür, daß, wenn es sich um die Frage der praktischen Anwendung handelt, die alten libidinösen Ätiologien nichts an Geltung verloren haben. Im gegenwärtigen Moment machen wir offenbar einen Ausschlag des Pendels mit, und es ist nur natürlich, daß wir uns hüten müssen, in dem neuen Enthusiasmus die pathogene Bedeutung libidinöser Elemente und Systeme zu unterschätzen. Wie in den meisten Wissenschaften gibt es auch in der Psychoanalyse die Tendenz, sich von einem neuen Schlagwort fortreißen zu lassen. Zuweilen ist es „Narzißmus", zuweilen „Angst", zuweilen „psychotischer Widerstand" — und es ist nicht ganz ausgeschlossen, daß auch mit der Bezeichnung „Sadismus" ein derartiger künstlicher Sonderwert verbunden wird.

Das aber steht offenbar zu technischen Fragen in enger Beziehung. Die Verfasserin macht es klar, daß, obwohl ein gewisser Grad von Angst und Versagung wertvoll sein kann, um die Entwicklung anzuregen und eine engere Beziehung zur Realität herzustellen, ein Übermaß an Angst in manchen Fällen dazu führt, daß eine unüberschreitbare Abwehrbarriere entsteht (vgl. dazu ihre Bemerkungen über schizophrene Reaktionsweisen); in ihren Analysen selbst begegnet sie äußerster Angst durch unmittelbare tiefe Deutungen der sadistischen Phantasien. Dieses Prinzip ist denn auch immer bei der Analyse Erwachsener als gültig angesehen worden, wenn es sich um starke, frühzeitig auftretende Widerstände handelte (um die sogenannte negative Übertragung), aber Regeln dafür, wie man einzugreifen hätte, sind niemals klar aufgestellt worden. Man möchte meinen, daß Frau Klein für eine weitere Verwendung ihrer Methode in der Analyse Erwachsener einzutreten geneigt sei. Beweiskräftig als Probe ist natürlich die Analyse des Psychotikers. Obwohl es wahrscheinlich ist, daß in dieser Sache scharfe Meinungsverschiedenheiten entstehen werden, ist es zur Förderung der Technik überhaupt wünschenswert, daß diese Frage möglichst bald geprüft werde. Das endgültige Urteil wird sich meiner Meinung nach nicht nur auf Grund empirischer Beobachtungen ergeben, sondern auch auf Grund sorgfältiger Überprüfung der Bedeutung der libidinösen Triebanteile. Wenn man zur Meinung gelangen sollte, daß libidinöse Triebanteile vor allem als Sicherung gegen die Angst aus primitivem Sadismus von Bedeutung sind — eine Ansicht, die in einem extremen Sinn zu vertreten schwer halten dürfte — wird die Lehre vom „tiefen Sadismus" überwiegen. Aber ihre Auslegungen werden jedenfalls durch das Bedürfnis modifiziert werden müssen, die tiefe Angst an ihrem deutlichsten Punkt zu erklären, der nicht immer auch im genetischen Sinn der ursprüngliche sein muß. Ich sehe auch voraus, daß die technischen Vorteile einer tiefen Deutung mit Formulierungen, die der primitiven Angst entsprechen, davon abhängen werden, wie weit für einzelne klinische Störungen charakteristische Phantasiebildungen sich nachweisen lassen. Sogar in dem vorliegenden Buche scheinen die infantilen Phantasien beinahe stereotype Formen anzunehmen und wir werden uns wieder einmal in einem ähnlichen Zustand von Verblüffung finden wie damals, als die Ödipussituation oder Kastrationsangst usw. als allgemeine Faktoren der Neurosenentstehung erkannt wurden. Frau Klein versucht diesen Unterschied an einer oder zwei Stellen ihres Buches hervorzuheben, vornehmlich bei der Beschreibung der Fixierungspunkte der Psychosen. Doch enthalten die

Krankengeschichten ihrer zwangsneurotischen und homosexuellen Fälle häufig Hinweise auf dieselben Typen früher Phantasiebildungen. Es handelt sich dabei offenbar um eine Frage, die am gegebenen Platze behandelt werden wird; man sollte sie nicht vernachlässigen. Es wäre jammerschade, wenn so aufschlußreiche Phantasien einen Teil ihrer ätiologischen Bedeutung dadurch verlieren würden, daß sie sich als ubiquitär erweisen.

Die Kinderanalytiker wird zweifellos noch mehr ein anderes technisches Problem interessieren, nämlich ob die Kinderanalyse sich an das von Frau Klein angegebene Verfahren halten soll, oder ob, im Hinblick auf die behauptete Schwäche von Ich und Ichideal beim Kinde, das Einbeziehen einer Übertragungstherapie unerläßlich ist. Frau Klein gibt viele und meiner Meinung nach gute Gründe dafür an, warum die Kinderanalyse denselben Grundsätzen folgen soll wie die der Erwachsenen, verfolgt aber die Frage nicht weiter und läßt ihre Beobachtungen für sich selbst sprechen. Die Entscheidung wird früher oder später nach den üblichen wissenschaftlichen Kriterien erfolgen, und es ist nicht nötig, Fragen zu erörtern, die eben jetzt erst empirisch überprüft werden. Doch möchte ich an dieser Stelle eine warnende Bemerkung vorbringen. Ich zweifle, ob der Vergleich der therapeutischen Erfolge das einzige gültige Kriterium sein wird. Ich habe Fälle mit schweren infantilen Regressionen beobachtet, bei denen unter dem fürsorglichen Einfluß der Umwelt Besserungen erzielt wurden. Die Ergebnisse würden ohne Zweifel Symptom für Symptom dem Vergleich mit den von Frau Klein berichteten standhalten. Trotzdem habe ich die Empfindung, daß eine Beurteilung der sozialen und individuellen Reaktion dieser Kinder, vereinigt mit der Untersuchung der latenten Angstsituationen, die Ergebnisse von Frau Klein als die besseren erkennen lassen wird. Wir haben keine Eile, ein Schlußergebnis zu formulieren. Die Zeit selbst ist ohne Zweifel ein Bundesgenosse des unbefangenen Forschers.

Hinsichtlich der Beziehung zwischen der Verdrängung und anderen Abwehrmechanismen vertritt Frau Klein die Anschauung Freuds, daß die Verdrängung eine besondere Beziehung zu den genitalen Strebungen hat, und bestätigt, daß auf früheren Entwicklungsstufen andere Mechanismen (und zwar Projektion, Introjektion, Skotomisation usw.) wirksam sind. Sie glaubt nicht, daß der Verdrängung in den früheren Phasen eine so große Bedeutung zukommt. Hier ergibt sich eine Schwierigkeit; denn da die Autorin die Entstehung der genitalen Ödipussituation schon sehr frühzeitig ansetzt, gibt es a priori keinen Grund, warum nicht auch die Verdrängung (die ja immer unauffällig ist) schon in dieser Frühzeit wirksam sein sollte. Ich stelle mir vor, sie möchte ihre Anschauung, daß das Unbewußte schon bei kleinen Kindern besser zugänglich ist, durch die Annahme des relativen Fehlens der Verdrängung in dieser Zeit, einigermaßen stützen. Ich glaube nicht, daß dieser Punkt schon entsprechend geklärt ist. Schon die Vielfältigkeit primitiver Phantasien, deren Vorkommen bei kleinen Kindern sie beschreibt, legt den Gedanken an eine recht weitgehende vorbewußte Verarbeitung nahe. Jedenfalls ist aber auch die Beziehung der Skotomisation und der anderen angeführten primitiven Mechanismen zur Verdrängung bei weitem nicht geklärt.

Eine letzte Bemerkung: und zwar zu den Unterschieden zwischen männlichem und weiblichem Über-Ich. Ich habe den Eindruck, daß eine große Anzahl von „typischen" Merkmalen, welche die verschiedenen Autoren hier hervorgehoben haben, eher Kennzeichen von Untergruppen sind als Kennzeichen der Geschlechtsdifferenzen selbst. Meiner Meinung nach besteht ein übertriebenes Bedürfnis, spezifische Merkmale hervorzuheben. Allerdings legt Frau Klein dar, daß die ersten Schritte der Über-Ich Bildung bei beiden Geschlechtern dieselben sind. Aber wenn sie später meint, daß das Über-Ich der Frau dem des Kindes gleicht, so fühlt man, daß ihre Argumentation nicht einheitlich ist.

Alles in allem zeigen die hier erörterten Punkte, wie reich an Anregungen dieses Buch ist. Es braucht nicht gesagt zu werden, daß es noch unzählige andere Gedankengänge

darin gibt, welche es verdienen würden, von einem gewissenhaften Berichterstatter beachtet zu werden, wenn der Raum es erlaubte.

Nachdem ich bisher meine große Bewunderung für das Buch zum Ausdruck gebracht habe, zwingt mich die Gerechtigkeit, mich über seine Form und seinen Aufbau etwas weniger günstig auszusprechen. Die Verfasserin hat offenbar große Mühe gehabt, zwei Reihen von Vorlesungen miteinander zu verschmelzen, und das Ergebnis macht ihrem Scharfsinn und ihrer Geduld alle Ehre; es gelang ihr aber nicht, die Lötstellen unkennbar zu machen. Trotz einer bewundernswerten Übersetzung durch Alix Strachey muß man die Fülle von Überschneidungen und Verweisungen bedauern. Die Wiederholung der Kern-Phantasien wirkt manchmal verwirrend, so daß das Bild eher verwischt wird, als daß seine Umrisse schärfer hervortreten würden. Überdies scheinen mir — obwohl ich nicht den Anspruch erheben kann, hierfür Sachverständiger zu sein — die Fußnoten allzu zahlreich. Nur ein Leser, der viel Muße und Vorliebe für Details mitbringt, wird vermutlich die zahlreichen Unterbrechungen der Darstellung angenehm empfinden. Nur wer die Kunst breiter Erzählung meisterhaft beherrscht, darf sich ungestraft solche Abschweifungen erlauben. Manche unnötige Belastung der Darstellung wäre vermieden worden, wenn die Autorin alle Fußnoten mit Bemerkungen über therapeutische Erfolge weggelassen hätte; diese Fragen hätten in einem kurzen Anhang abgehandelt werden können. Sie hätte dadurch auch die leiseste Vermutung entkräftet, daß sie gerade auf diesem Wege für ihre Methode plädieren wolle. Frau Klein hatte gewiß nicht die Absicht, einen solchen Eindruck hervorzurufen; ja sie hat, indem sie eine Aufzählung der Fälle und ihres Alters gibt, getan was sie konnte, um Mißverständnisse in der Beurteilung ihrer Resultate zu vermeiden. Aber die Rechtfertigung der Kinderanalyse beruht nicht allein auf dem Nachweis ihrer therapeutischen Erfolge, so sehr diese auch den Therapeuten befriedigen mögen.

Es darf gesagt werden, daß die bibliographischen Fußnoten gut gearbeitet sind. Frau Klein hat offenbar die Literatur mit viel Sorgfalt und Verständnis studiert, soweit sie sich auf wichtigere, strittige Punkte bezieht. Soviel ich feststellen konnte, gibt es nur eine Stelle (S. 309), an welcher sie anscheinend die Entdeckung Freuds bezüglich der Penis-Kind-Kot-Gleichung nicht entsprechend wiedergibt. Und gemessen an dem Umfang des behandelten Gegenstandes ist dieser Verstoß geringfügig. Sollte sie eine zweite Auflage erscheinen lassen, so würde sie, meiner Meinung nach, sich und ihrem Gegenstand besser gerecht werden, wenn sie eine mehr systematische und besser zusammenhängende Form der Darstellung wählte. Es mag sich freilich vielleicht die Notwendigkeit dann ergeben, das Werk in zwei Bänden erscheinen zu lassen. Wenn man nach den raschen Fortschritten urteilt, die gerade auf diesem Gebiet erzielt werden, scheint es unwahrscheinlich, daß es jemals wieder möglich sein wird, dem Gegenstand in einem umfassenden Bande gerecht zu werden. Diese Überlegung spricht schon an sich für die Größe der Arbeit, die Frau Melanie Klein für die Psychoanalyse geleistet hat. Edward Glover (London).

Oberndorf C. P.: **Analysis of Disturbances in Speech.** Int. Journal of PsA XIII, 3

Der unbewußte Sinn von Verbigerationen und Neologismen bei Schizophrenen ergebe sich mit gewisser Wahrscheinlichkeit aus der Analyse analoger Phänomene bei Neurotikern und Normalen. Oberndorf zeigt an Hand einiger sehr guter Beispiele, daß die Wiederholung ein und desselben sprachlichen Ausdruckes eine Überkompensation verdrängter Neigungen darstellt, also dazu dient, eine unbewußte gegensinnige Ansicht in der Verdrängung zu halten, und daß gelegentliche Neologismen — ebenso wie wir es durch Freud von

den Wortneubildungen im Traume wissen — Verdichtungsprodukte verschiedener, zum Teil widersprechender Äußerungstendenzen darstellen. — Ein instruktives Beispiel einer unbewußt genau determinierten irrtümlichen Umformung eines Sprichwortes beschließt die lesenswerte kleine Arbeit.

Fenichel (Berlin)

Schmideberg Melitta: **The Role of Psychotic Mechanisms in Cultural Development.** Int. Journal of PsA XI, 4

Dem Primitiven ist die Welt voll von Dämonen und Geistern, die ihn genau so bedrohen wie den Paranoiker seine Verfolger. Auch die psychischen Mechanismen, die Dämonenglauben und Verfolgungswahn erzeugen, sind, meint Schmideberg, weitgehend identisch und nur zu verstehen aus der merkwürdigen Denkwelt jener primitiven Entwicklungsstufen von Ich und Libido, die auf „Einverleibung" der Objekte ausgehen, von den introjizierten Objekten dann Talionsstrafen für ihre Zerstörung erwarten und trotz Zeichen von narzißtischer Liebe zu den Introjekten allerhand, oft mißlingende Versuche machen, sich der quälenden Introjekte durch neuerliche Projektionen (Dämonen, Verfolger) oder durch Einverleibung neuer, „guter" Objekte zu erwehren, die die „schlechten" im Innern des Leibes neutralisieren. Die Schwierigkeiten, derartiges Fühldenken in Worten wiederzugeben, ist bekanntlich groß. Das muß man der oft allzu anthropomorph klingenden Ausdrucksweise der Autorin zugute halten.

Interessant ist das beigebrachte Material zur Angst vor dem Introjekt. Diese erklärt die primitiven Auffassungen über Krankheit (Kranksein = Besessensein, Krankheitsangst = = Angst, von innen her aufgefressen zu werden), die angebliche hypochondrische Einstellung vieler Primitiver (eine Bestätigung der Gleichung hypochondrisch affiziertes Organ = introjiziertes Objekt), die aus vielfachen Phantasien und Handlungen sich erweisende Neigung zur überkompensierenden, gehorsamen passiv-homosexuellen Hingabe, die Ambivalenz gegenüber den Dämonen und ihren irdischen Vertretern, den Medizinmännern. Dieser letzte Punkt gibt der Autorin Gelegenheit zu Überlegungen über die Geschichte der Medizin, deren magische Ursprünge von den Vorstellungen der „bösen", resp. der wiedergutmachenden „guten" oralen, analen, urethralen und auch epidermalen (Amulett!) Einverleibung beherrscht seien. Diese magischen Ursprünge seien in Therapie und wissenschaftlicher Forschung noch heute nachweisbar und haben religiöse Analoga: der primitiven Schmierlust (epidermale Einverleibung) entsprechen medizinisch die Salben, religiös das Salben der Könige, dem Dämonenaustreiben durch Handauflegen medizinisch die Massage, religiös der Segen usw. Auch die Vorstellung der „Seele" entspreche der Empfindung eines (ambivalent besetzten) Introjekts. Zwei widerstreitende Mechanismen ringen bei verschiedenen Personen und Völkern miteinander: Die Flucht vor dem Introjekt zur Realität und die Flucht vor der Realität zur Phantasie (zum Introjekt): Extraversion und Introversion; ein gutes Gleichgewicht zwischen beiden sei die Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung des Realitätsprinzips.

Die Autorin betont, daß die Übereinstimmungen zwischen Primitiven und Psychotikern nicht dazu führen dürfen, die gewaltigen Differenzen zu übersehen, die ebenfalls bestehen und die vor allem auf der realen und sozialen Angepaßtheit des Primitiven im Gegensatz zum Psychotiker beruhen. Sie nimmt eine Entwicklung der Menschheit von solchen psychoseähnlichen Zuständen zu besserer Anpassung an die Realität an. Die von allen psychoanalytischen Autoren gefundene besondere Entwicklung der Homosexualität der Paranoiker hält sie für eine Überkompensation ursprünglicher Destruktionsneigungen.

Fenichel (Berlin)

Searl M. N.: **A Note on Depersonalization.** Internat Journal of PsA XIII, 3

Die Arbeit von Miß Searl bereichert die analytische Literatur über die Depersonalisation mit einem sehr interessanten klinischen Befund, dem Allgemeingültigkeit zuzukommen scheint, nämlich mit dem Nachweis, daß beim Zustandekommen dieses Symptomenbereichs eine infantile Identifizierung mit leblosen Gegenständen eine bedeutende Rolle spielt. Bei den in der vorliegenden Arbeit mitgeteilten Fällen war eine solche Identifizierung der Ausweg aus bestimmten infantilen Konfliktsituationen gewesen, hauptsächlich aus Konflikten zwischen wilder Zerstörungssucht und Liebesbedürftigkeit. Bei dem am ausführlichsten dargestellten Fall ließen sich viele Sonderheiten des Benehmens und der Neurose zurückführen auf Seelenzustände, die das Kind einmal hatte durchmachen müssen, als man es strafweise in einen mit Kleidern gefüllten Schrank einschloß. Der ungeheure reaktive Haß hatte im Moment kein anderes Objekt vor sich als die Kleider; er weckte eine entsprechend ungeheure Vergeltungsangst, die sich ebenso wie die Aggression von ihren ursprünglichen Objekten, Mutter und Geschwister, ab- und dem neuen Objekt, den Kleidern, zuwandte. Sie selbst im Schrank fühlte sich wie ein Kleid unter böswilligen, auf gegenseitige Vernichtung sinnenden Kleidern. Die magisch-animistische Perzeption der Dingumwelt macht einen großen, von der Psychoanalyse immer noch zu wenig gewürdigten Teil des kindlichen Seelenlebens aus, dessen Genese und unbewußter Sinn durch die Ausführungen von Miß Searl mancherlei Aufhellung erfahren. In diesen magisch-animistischen Schrecknissen nun kommt, meint die Autorin, die Einsicht in die reale Leblosigkeit der Kleider zu Hilfe. Selbst so tot, so aggressions- und geschlechtslos zu werden wie die realen Kleider, werde die Sehnsucht des ängstlichen und triebfeindlichen Ichs; dadurch rette es sich vor den magischen Kleidern, vor dem paranoiden Empfinden des Verfolgtwerdens. Diese Rettung sei, meint Miß Searl, die Intention des Depersonalisierten. Erreiche er durch die am eigenen Ich erlebte Unfähigkeit der Dinge zu magischer Bösartigkeit einerseits einen Schutz vor Angst und paranoiden Mechanismen, so erlebe er allerdings andererseits diese Leblosigkeit auch, wie schon von andern Autoren dargelegt wurde, als Strafe, als Kastration.

Ein fünfjähriger Junge ließ eine ähnliche Identifizierung mit Mobiliar direkt beobachten. (Die Autorin bemerkt, es handle sich eigentlich um mehr als um eine Identifizierung, nämlich um einen Austausch von Eigenschaften.) Ein dritter Fall zeigte Depersonalisationen, denen eine Identifizierung mit einem Wäschetrockner zugrunde lag, als passageres Symptom in einer Übertragungssituation, in der er magische Schädigungen durch die Analyse befürchtete. In einem weiteren Fall spielte ein Armsessel eine ähnliche Rolle. Die Krankengeschichten zeigen auch weitgehende Differenzen der unbewußten Vorgänge bei den verschiedenen Patienten, aber in dem einen Mechanismus schienen sie eben übereinzustimmen: Verschiebung von Ambivalenzkonflikten von Personen auf leblose Gegenstände — Vergeltungsangst vor diesen — Ausspielen der Einsicht in ihre reale Unbelebtheit gegen die Angst — Identifizierung mit den leblosen Gegenständen (als Gegenstück einer triebhaften Identifizierung mit wilden, sexuell wie aggressiv ungebändigten Bestien).

Diese neuartigen klinischen Funde scheinen außerordentlich interessant; weitere Nachprüfung muß über ihre Häufigkeit urteilen.

Die Autorin selbst benützt diese Funde noch zur Diskussion zweier theoretischer Probleme. Das erste, das, wie Referent gestehen muß, ihm nicht ganz verständlich wurde, betrifft die Frage, ob angesichts des Umstandes, daß Gedächtnisbilder nie völlig verschwinden und daß es keine Negierung im Unbewußten gibt, die Auffassung erlaubt wäre, daß der Gesamtbereich der Psyche überhaupt vielleicht ein Entwicklungsprodukt im Kampf gegen Beschädigung oder Verlust von Körperteilen darstelle, was die Autorin als eine lamarckistische Auffassung bezeichnet.

Das zweite Problem ist, ob es nicht als Gegenstück zur Regression eine aus Abwehrgründen erfolgende zu frühzeitige Entwicklung von Ichformationen gibt, wie die Realerkenntnis über die Leblosigkeit der Dinge infolge besonders gesteigerter Angst des Ichs frühzeitig entwickelt werden kann. Eine solche reaktive, relativ zu frühe Ichentwicklung ginge dann auf Kosten der Libido, würde (ebenso wie später die Bildung des Über-Ichs) der Libdoentwicklung, überhaupt der Gefühlswelt, Energie entziehen. Das wäre das Gegenstück zu solchen Ichhemmungen, wo die Ichenergie durch libidinöse Konflikte verarmt, während sie sich hier durch sie bereichern würde. Freud meinte, beim Zwangsneurotiker eile vielleicht die Ichentwicklung der libidinösen Entwicklung voraus; Miß Searl meint, etwas Ähnliches für den Depersonalisierten nachgewiesen zu haben.

Eine Schlußbemerkung erwägt die Möglichkeit, daß Flaschenkinder eher dazu neigen könnten, Konflikte von Personen auf Dinge zu verschieben als Brustkinder.

Von den vielen interessanten Gesichtspunkten, die diese Arbeit berührt, scheint uns die Betonung der Rolle der infantilen Auseinandersetzungen mit der Personen vertretenden Dingwelt der wichtigste. **Fenichel (Berlin)**

Thompson Vivian: **Toothache and Masturbation.** Int. Journal of PsA XIII, 3

Für den der Psychoanalyse bekannten, aber noch nicht genug durchschauten Zusammenhang von Zahnschmerzen und Masturbation spreche u. a., daß die englischen Soldaten in Indien die Erektion „das irische Zahnweh" nennen. **Fenichel (Berlin)**

KORRESPONDENZBLATT
DER
INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

Redigiert von Zentralsekretärin **Anna Freud**

I) Bericht über den XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß

Der XII. Internationale Psychoanalytische Kongreß fand unter dem Vorsitz von Dr. Max Eitingon vom 4. bis 7. September in Wiesbaden statt.

Er verlief, trotzdem es an Warnungen nicht gefehlt hat, Zeit und Ort seien zur Abhaltung wissenschaftlicher Veranstaltungen nicht günstig, sehr harmonisch und anregend. Der Besuch war begreiflicherweise etwas geringer als der der letzten Kongresse, doch hatte er immerhin die Zahl von 119 Teilnehmern erreicht, 59 Mitgliedern und 60 Gästen. Am Vorabend, dem 3. September, wurden die bereits anwesenden Teilnehmer des Kongresses von der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft empfangen. Am freien Nachmittag des 6. beteiligten sich alle an einer sehr hübschen Rheinfahrt, die von Mainz bis zum Loreleyfelsen führte.

Die Kurverwaltung war dem Kongreß in der ihr gewohnten Weise freundlichst entgegengekommen, und Dr. Landauer und Frau hatten in ebenso fürsorglicher und umsichtiger wie geschickter Weise für gute Unterbringung der Kongreßteilnehmer gesorgt.

Eröffnung des Kongresses

Sonntag, den 4. September, 9 Uhr vormittags, im kleinen Kurhaussaal

Der Vorsitzende, Dr. Max Eitingon, eröffnet den Kongreß mit folgender Ansprache:

Ich danke allen Anwesenden, daß sie trotz aller erschwerenden Umstände, trotz aller Not und allem Druck der Zeit zu unserer Tagung gekommen sind. Der XII. Internationale Psychoanalytische Kongreß, zu dem wir hier jetzt versammelt sind, findet ein Jahr später

statt, und auch nicht an der Stelle, wo wir ihn auf unserer letzten, der XI. Tagung Oxford, Juli 1929, abzuhalten beschlossen hatten. Der XII. Internationale Psychoanal tische Kongreß sollte, wie Sie alle wissen, Anfang September 1931 in der Schweiz, Interlaken, stattfinden. Die im Juli vorigen Jahres plötzlich in Zentraleuropa einsetzen außerordentliche Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, deren Entwicklungstem und Auswirkung damals für niemand abzusehen war, ließ es dem Zentralvorstand ra sam erscheinen, den Kongreß auf ein Jahr zu verschieben, so schwer er sich auch da entschließen konnte. Wir verlegten trotz weitgediehener Kongreßvorbereitungen d Kongreß auf Anfang September dieses Jahres, als Kongreßort die Schweiz und Interlak beibehaltend. Aus einer Reihe von Ortsgruppen wurde der Zentralvorstand dann Anfa dieses Jahres ersucht, mit Rücksicht auf die sich überall dauernd verschlechternde wir schaftliche Lage ein „billigeres" Kongreßland zu wählen, als die so schöne Schweiz wäre. Ungern, aus sehr vielen Gründen ungern, fügte sich der Zentralvorstand dies von vielen Seiten geäußerten Bitten und entschied sich, fast in der Stimmung d Heineschen „Nun wohin?" für Deutschland, wobei uns unsere Südwestdeutsche Ps choanalytische Arbeitsgemeinschaft hierher einlud.

Der Verzicht auf die Schweiz fiel uns, wie wir sagten, sehr schwer. Wir hatten u sehr gefreut über die Einladung unserer Schweizer Kollegen, den XII. Internationa Psychoanalytischen Kongreß in der Schweiz zu halten, in jenem Lande, das für ei Anzahl von uns älteren Analytikern die Wiege ihres Analytikerdaseins ist. Und wir hatt bekanntlich, einer Anregung unserer Schweizer Kollegen folgend, Interlaken als Kongre ort gewählt. Das hat einen guten Sinn. Auch Orte haben einen Symbolwert; Interlak nach Oxford oder Interlaken statt Wiesbaden, das ist nicht ein Zufall oder machtvoll Diktat äußerer Bedingungen und Umstände, wie sie uns voriges Jahr verhindert hab zusammenzukommen und uns dieses Jahr nach dem gastlichen Wiesbaden gebracht habe Interlaken bedeutet eben ein Symbol der bewußten Taktik der psychoanalytischen Bewegun Manche von Ihnen werden sich vielleicht noch erinnern, daß wir es als eines der viel Zeichen der Änderung der Stellung der Psychoanalyse in der wissenschaftlichen Welt a gesehen haben, daß der vorige Kongreß in Oxford getagt hat, daß auch wir allmähli die Taktik unserer Bewegung in der Wahl unserer Kongreßorte ändern werden. Aber eb nur allmählich. Der schöne Ort, an dem wir diesmal tagen, ist berühmt als Kongreßo deutscher wie auch internationaler Gesellschaften. Der Deutsche Interne Medizinische Ko greß, wie die Tagung der Deutschen Naturforscher und Ärzte, die Mitglieder sehr zah reicher deutscher wie internationaler gelehrter Gesellschaften treffen sich mit Vorliebe in Wi baden. Es ist also ein wichtiger Knotenpunkt der großen Heerstraßen offizieller Wissenscha die wir noch immer gern vermeiden, und trotz aller Änderung der Haltung der wissenscha lichen Umwelt zu uns auch noch vermeiden werden, trotzdem unsere Kongresse nun a ein Vierteljahrhundert zurückblicken können seit der ersten Tagung in Salzburg im Frü jahr 1908. Ich hatte im Jahre 1927 in Innsbruck Gelegenheit, Ihnen eine Äußerung überbringen, mit der unser verehrter Lehrer die Glückwünsche zu seinem 70. Geburtsta am 6. Mai 1926, beantwortete, in der er uns mahnte, den „Erfolg, der uns scheinb beschieden zu werden beginne, und die Anerkennung, die man uns endlich zu zollen s anschicke, nicht zu überschätzen". Und in einem Rundschreiben, das Prof. Freud Ostern dieses Jahres aus Anlaß der Notlage des Internationalen Psychoanalytischen V lages an die Gruppen richtete, legt er uns nochmals ans Herz, uns nicht durch den A schein des Nachlassens der Feindseligkeit gegen unsere Analyse verblenden zu lassen, sei mehr eine Besserung im Tone als im Wesen, mehr *modo* als *re*. Noch für längere Z werde es notwendig sein, daß die Analytiker zusammenhalten, enger zueinanderhalten zu den nahestehenden Gruppen der Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten. Nur da

die Neigung der Analytiker zur Absonderung am schwächsten entwickelt, wo die Eigenart der Psychoanalyse am wenigsten verstanden werde.

Trotzdem im letzten Vierteljahrhundert, trotz enormer Ausbreitung und Anerkennung der Psychoanalyse, Kritik derselben und Kampf gegen sie im wesentlichen unverändert geblieben sind, besteht in der wissenschaftlichen Nachbarschaft vielfach die Neigung, sie nicht nur zu tolerieren, sondern sie in die Republik der Wissenschaften auch aufzunehmen, unter der Bedingung, daß sie das Gemeinsame betone, statt der besonderen Eigenart ihres methodischen Weges und ihrer Erkenntnisse. Ich werde es mir heute versagen, hier wieder auf unsere Kritiker und auf die Psychologie dieser Kritik einzugehen. Nur eine in verschiedenem und immer weiter werdendem Gewande immer wieder zurückkehrende absonderliche Erklärung und Ableitung der die Welt störenden Eigenart der Psychoanalyse möchte ich uns vergegenwärtigen. Man machte anfangs die lokalen Besonderheiten des Ortes, an dem die Psychoanalyse entstanden ist, die völkerpsychologischen Eigentümlichkeiten der Stadt Wien verantwortlich, und es war kein Geringerer als Pierre Janet, der einst gemeint hatte, nur in Wien seien die Bedingungen für theoretische Gedankengänge wie die der Psychoanalyse leicht gegeben gewesen. Sie wissen alle, was Freud in der „Geschichte der psychoanalytischen Bewegung" darauf geantwortet hat. Wien sei weder unsittlicher, vor allem nicht abstinenter und nicht neurotischer als andere Kulturzentren der Welt. Neben dem geographisch-völkerpsychologischen Moment machte man dann auch zeitliche verantwortlich. Man sah in der Psychoanalyse die Äußerungen einer Generation und ihres Ressentiments, hätte sich aber sehr bald davon überzeugen können, wie viele verschiedene Generationen sich unter den Anhängern der Psychoanalyse zusammenfanden.

Schließlich wollte man die Merkmale der Psychoanalyse aus den Besonderheiten des Zeitalters ableiten, in dem sie aufgekommen, aus dem Fin-de-siècle-Geist und aus der spezifischen Charakteristik des Bürgertums in einer besonderen Phase seiner Entwicklung. Gerade in diesen Tagen hat C. G. Jung aus Zürich, der noch vor 20 Jahren so sehr viel besser Bescheid über die Psychoanalyse gewußt hat, in einem neuen Versuch, Freud kulturhistorisch zu sehen, die Psychoanalyse als eine Reaktion auf die „viktorianische Epoche" dargestellt, diesen in der Betrachtung der neuesten englischen Geschichte so bewährten Begriff auf das ganze neunzehnte Jahrhundert der europäischen Zivilisation ausdehnend, „mit seiner Heuchelei, seiner halben Unwissenheit, seinen falschen überspannten Gefühlen, seiner seichten Moral und seiner künstlichen, saftlosen Religiosität". Andere Kritiker meinen, es gehe bei der Psychoanalyse gegen noch viel säkularere Gebilde, gegen die ganze abendländische Kultur. Wobei die meisten dieser Kritiker nicht umhin können, der Psychoanalyse wissenschaftliche, also geistige Großtaten zuzubilligen.

Der Psychoanalyse als Therapie ist es eher besser ergangen als der psychoanalytischen Theorie. Sie hat das Verhalten des Arztes zum Kranken meist außerordentlich umgestaltet, und nicht nur in allem psychotherapeutischen Tun, hier wurde die Psychoanalyse, das letzte zu so weitgehender Klarheit über das eigene Procedere gekommene Glied einer langen Entwicklung, bereits „zur großen Mutter aller Psychotherapie" erklärt. Eine Äußerung aus Therapeutenkreisen möchte ich, mehrfach determiniert, anführen, wegen des sehr allgemeinen, prinzipiellen Charakters derselben, wegen der Persönlichkeit des Kritikers und wegen des Ortes, an dem sie fiel. Einer unserer bedeutendsten und geistvollsten deutschen Kliniker, der Internist Prof. von Bergmann, Berlin, sagte in seiner Eröffnungsrede zum vorletzten Kongreß der „Deutschen Gesellschaft für innere Medizin" im April 1931, hier in Wiesbaden und vielleicht an gleicher Stelle, gegen die Psychoanalyse sich eine jetzt beliebte Formulierung zu eigen machend: „Eine Charakterkunde, die nicht sagt: ‚erkenne dich selbst', sondern: ‚vergiß dich selbst, dann eröffnest du dich dem Reichtum der Welt', erscheint mir als die meist richtigere irrationale Pädagogik für den Kranken." Gewiß, aber

wie eben soll der an sein Selbst und dessen Verlängerung, seine Lebensgeschichte, gekettete, ja angenagelte Neurotiker, sich vergessen können, bevor man ihn nicht aus seinen Fixierungen gelöst, also von sich selbst so weit abgelöst hat, daß er sich in realitätsgerechter Weise von sich fruchtbar abwenden kann, zum Leben und zur Leistung?

Nun ist die uralte menschliche Seele nicht nur ein Erzeugnis beschränkten Zeitgeistes, sondern ist trotz aller Wandlungen sehr beständig und schwer veränderlich. Und wir nun, die wir überzeugt sind, daß Freud mit der Psychoanalyse unendlich weit über die eben zitierten örtlichen und zeitlichen Grenzen hinaus Wesentliches und Bleibendes über den Menschen und die Gesetze seiner Entwicklung getroffen hat, müssen, trotzdem wir gerade in letzter Zeit weiten Stimmungen an manchen Orten in steigendem Maße radikal mißfallen, uns gerade auf das Spezifische unserer Methoden und unserer Erkenntnisse konzentrieren, die Analyse kompromißlos in Zeiten hinüber zu tragen suchen, die nach Überwindung mancher Krisen und Unsicherheiten ihr offener und zugänglicher sein werden, und wir können das um so ruhiger, als, wie ein so guter Zeuge in Sachen des Geistes, Thomas Mann, vor kurzem wieder gesagt hat, „Freuds Werk, dieses persönlichkeitsgeborene und weltverändernde Werk eines tiefen Vorstoßes ins Menschliche von seiten der Krankheit her, heute schon eingegangen ist ins Leben und in unser aller Bewußtsein und einer der wichtigsten Bausteine ist, die beigetragen worden sind zum Fundament der Zukunft, der Wohnung einer freieren und wissenden Menschheit".

Hierauf tritt der Kongreß in die wissenschaftlichen Verhandlungen ein.

Erste wissenschaftliche Sitzung

Sonnabend, den 3. September, 21 Uhr

Vorsitzender: Dr. E. Jones, London

1) Dr. Sándor Ferenczi: Die Leidenschaften der Erwachsenen und deren Einfluß auf Sexual- und Charakterentwicklung der Kinder.

Würdigung der bisherigen analytischen Erfahrung. Ergänzung derselben durch einige tiefer einleuchtende Beispiele. Einfluß dieser Erfahrungen auf unsere Ansichten in bezug auf die Pathogenese der Neurosen, vielleicht auch auf einzelne Sätze der Sexualtheorie.

2) Dr. Paul Federn: Die Ich-Besetzung bei der Fehlleistung.

1. Die früher als Erklärung der Fehlleistung herangezogene Bedingung der Zerstreutheit ist kein diffuser, etwa bloß organisch bedingter Zustand, sondern sein Eintreten ist psychisch determiniert. Der Zustand besteht in einer abnormen Verschiebung zwischen narzißtischer und objektlibidinöser Besetzung eines Gegenstandes. Die Unterscheidbarkeit dieser beiden Besetzungen für ein und dasselbe Objekt ist gerade bei der Fehlleistung der Selbstbeobachtung zugänglich.

2. Da der Traum keine Realitätsprüfung zu berücksichtigen hat, kann in ihm nicht von einer Fehlleistung die Rede sein; im Vergleich zum wachen Denken ist er geradezu eine Reihe von gehäuften, kohärenten Fehlleistungen. Aber eine bestimmte Art Inkohärenz im Traume entspricht der Zerstreutheit des Ichs im Wachen.

3) Dr. Franz Alexander: Über die gegenseitige Beziehung struktur- und triebbedingter Konflikte.

Unterscheidung zwischen Konflikten bedingt durch die strukturelle Differenzierung des seelischen Apparates und der Triebkonflikte. Untersuchung des Kastrationskomplexes als gleichzeitigen Ausdrucks eines strukturellen und eines Triebkonfliktes. Erläuterung dieser theoretischen Begriffe durch klinisches Material. Ergänzung der strukturellen Neurosenformel durch die Einführung des triebdynamischen Gesichtspunktes.

4) Dr. Ludwig Jekels: Das Problem der doppelten (mehrfachen) Motivgestaltung.

a) Im Traume tritt recht häufig ein und dasselbe Motiv in zwei voneinander völlig verschiedenen Ausdrucksformen auf, welches Phänomen besonders deutlich an — inhaltlich doch vollkommen zusammengehörigen, daher eigentlich eine Einheit darstellenden — Träumen derselben Nacht zu beobachten ist (Beispiel).

b) Desgleichen bedient sich zuweilen ein seelisches Motiv einer gedoppelten Fehlleistung als Ausdruck (Beispiel).

c) Diesem Phänomen der „doppelten Motivgestaltung" kommt nach Ansicht des Vortragenden eine ungleich höhere Bewertung als die bisherige zu, nachdem er es als Gesetzmäßigkeit der dramatischen Produktionsweise festzustellen vermochte, daß in den dramatischen Schöpfungen das Grundmotiv derselben stets und ausnahmslos in einer zumindest *doppelten* Darstellung, nämlich sowohl in einer dem Bewußtsein näheren als auch einer ihm ferneren, demnach gleichzeitig in einer direkteren als auch in einer verhüllten Form, zum Ausdruck gebracht erscheint (Beispiel).

Die bisher in der psychoanalytischen Literatur vorfindliche Erklärung der Phänomene *a)* und *b)*, die lediglich den Gesichtspunkt der Besetzungsintensität ins Auge faßt, erscheint dem Vortragenden unvollständig und daher unzulänglich, und er versucht es in seinem Vortrage, das Phänomen aus Ich-strukturellen und metapsychologischen Faktoren abzuleiten.

5) Dr. Maxim Steiner: Was hat der Sexualarzt der Psychoanalyse zu verdanken?

Im Vergleich zur vorpsychoanalytischen Ära, wo man von einer gesellschaftlichen Geringschätzung des Sexualarztes sprechen kann, die ihrerseits wieder die Beziehung zum Patienten erschwert, ist als direkte Folge der durch die Pionierarbeit Freuds geänderten allgemeinen Einstellung zum Sexualproblem die Stellung des Sexualarztes grundlegend verbessert. Die neuen Erkenntnisse befreien weite Kreise der Gesellschaft von den Fesseln der vormaligen Sexualverdrängung, ermöglichen ihnen, sich mutig zu ihrer Sexualität zu bekennen und führen zu einer neuen und besseren Sexualmoral. Das tritt schon rein äußerlich in der Praxis des Sexualarztes in zwei Tatsachen in Erscheinung:

1. Im Rückgang der Geschlechtskrankheiten, dadurch veranlaßt, daß nunmehr der Boden für bessere Aufklärung geebnet ist, ganz besonders aber durch den Umstand, daß die Männer für ihre Sexualbetätigung nicht wie früher ausschließlich auf den Verkehr mit Prostituierten angewiesen sind, sondern in immer steigendem Maße geschätzte Partnerinnen finden.

2. In der relativen Zunahme der Sexualstörungen in der Praxis des Sexualarzte die dadurch zu erklären ist, daß man sich nicht mehr scheut, solche Leiden einzugestehe und anderseits seit der Popularisierung der neuen Erkenntnisse auch die begründete Hoff nung besteht, solche Störungen therapeutisch mit gutem Erfolg anzugehen.

Weit wichtiger als die erwähnten Momente ist aber die durch die Psychoanalyse ge wonnene Einstellung des Arztes zu den praktischen Problemen der Sprechstunde, von dene einige besonders prägnante Typen hervorgehoben und an der Hand von Beispielen de näheren erläutert werden, und zwar:

der Sexualneurastheniker,
der Sexualhypochonder,
gewisse charakteristische Phobien mit sexuellem Inhalt,
der Jüngling in den Pubertätsnöten,
der psychisch impotente Mann,
die frigide Frau,
eine spezifische Sexualstörung des Mannes im vorgerückten Stadium eines monogame Ehelebens,
die Störungen des Klimakteriums,
die sexuellen Perversionen.

Dieses ganze Gebiet, früher die *partie honteuse* der ärztlichen Praxis und Tummelpla wüstester Scharlatanerie, ist durch die Psychoanalyse das erfolgreichste Betätigungsfeld d Sexualarztes geworden.

Zweite wissenschaftliche Sitzung

Sonntag, den 4. September, 15.30 Uhr

Vorsitzender: Dr. S. Ferenczi, Budapest

1) Dr. Ernest Jones: The Phallic Phase.

Definition. Chronological position. Relation to sex conflict. Derivatives in the oral pha

2) Dr. Jeanne Lampl de Groot: Über Triebschicksale i der Entwicklung der Frau.

Versuch, die Entwicklung der Libido und des Aggressionstriebes in der frühen Kindh zu verfolgen, mit besonderer Berücksichtigung der Schicksale von Libidostrebungen n aktiven und solchen mit passiven Zielsetzungen. Die Bedeutung dieser verschieden gerichtet Libidoanteile für die spätere Entwicklung der Frau und deren Rolle bei dem Prozeß d Über-Ich-Bildung. Erläuterung an Beispielen.

3) Dr. Ruth Mack Brunswick: Observations on Ma Preoedipal Sexuality.

Definition of the oedipal and preoedipal phases. Comparison of oedipal and preoedi attachments in the male. The influence of the preoedipal attachments of the male on t formation of neuroses.

4) Dr. Hans Behn-Eschenburg: Beiträge zur Vorgeschichte des Ödipuskomplexes.

Die direkte fortlaufende Beobachtung am aufwachsenden Kleinkinde und einzelne Ergebnisse der Kinderanalyse scheinen in bezug auf Objektfindung, Identifizierung, Überichbildung, Ödipuskomplex zu teilweise anderen Annahmen zu führen als die rückschauende klinische Beobachtung der therapeutischen Psychoanalyse am Erwachsenen; namentlich im Sinne eines zeitlich früheren Ablaufes entscheidender Vorgänge. Versuch einer Gegenüberstellung und Synthese.

5) Dr. Ernst Simmel: Praegenitalprimat und intestinale Stufe der Libidoorganisation.

Das Referat stellt eine zusammenfassende Übersicht meiner an klinischem Material gewonnenen Beobachtungen dar über die Existenz und die fortdauernde Wirksamkeit einer frühesten postnatalen Entwicklungsstufe der Libido — der sogenannten intestinalen Libido. Seit dem Jahre 1921 habe ich im einzelnen darüber in der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft wie auch auf Kongressen der I. P. V. berichtet — die Feststellung einer frühesten intestinalen Libidoorganisation bestätigt Freuds Auffassung („Die Disposition zur Zwangsneurose"), daß bereits vor endgültiger Festigung des Genitalprimats eine organisierte Zusammenfassung der prägenitalen Partialtriebe statt hat und erweitert seine Anschauung von einer analsadistischen Organisation der Partialtriebe durch den Nachweis, daß das analsadistische Prägenitalprimat der modifizierte Abkömmling eines ursprünglicheren Intestinalprimats ist. — Die intestinale Stufe der Libidoorganisation umfaßt den gesamten Triebanspruch der Intestinalzone, wobei Ichlibido und Objektlibido noch ununterschiedlich miteinander vermischt mit Organlibido identisch ist, bezw. durch sie vertreten werden kann. Er dient postnatal der Wiederherstellung des praenatalen Libidogleichgewichts, des durch die Geburt aufgelösten intrauterinen Zustands des Urnarzißmus. — Erst durch den Zwang der Objektfindung differenziert sich dieser intestinale Anspruch an seinen der Umwelt zugewandten Endteilen zur oralen und analen Zone. Der intestinale Libidoanspruch behält die Führung der gesamten prägenitalen Libidoorganisation, bis sie vom Genitalprimat abgelöst, bezw. in dasselbe umgewandelt wird. Das Intestinalprimat verbleibt innerhalb des Gebietes der Urverdrängung (Referat in Salzburg: Die psycho-physische Bedeutsamkeit des Intestinalorgans für die Urverdrängung) und wurde der wissenschaftlichen Beobachtung erst zugänglich durch Berücksichtigung der Erregungsvorgänge am gesamten Intestinaltraktus als Manifestation des Urverdrängten. Als solche Manifestation ist das Darmgurren anzusehen. — Die intestinale Libidofunktion hat also libidoökonomisch von vornherein die Funktion einer Reparationsleistung; sie hat ein Ichlibido-Defizit durch Triebanspruch an die Umwelt auszugleichen. Traumatische Störungen dieses Reparationsvorganges geben die Fixierungsstelle, bezw. den Anziehungspunkt für spätere Regressionen; das gilt speziell für Organerkrankungen und Psychosen, die sich infolgedessen auch gegenseitig vertreten können. —

Die strukturelle Ausgestaltung des psychischen Ichs wiederholt analog dem biogenetischen Grundgesetz seinen physischen Aufbau. Die libidinöse Ansprechbarkeit der erogenen Zonen differenziert sich analog der physischen Entwicklung vom intestinum her als Urorgan. Respirationsorgan, das Muskelsystem in seinen verschiedenen Variationen, Haut- und Sinnesorgane, die Hirnfunktion selbst, ordnen sich in ihren libidinösen Ansprüchen der Innen- und Außenwelt gegenüber unter Führung des Intestinalprimats ein.

Ein Stadium des mutuellen Autoerotismus, in dem die einzelnen Partialzone miteinander in Beziehung treten, geht dem Stadium des eigentlichen, von der Objektlieb gefolgten Narzißmus voraus (Fixierungspunkt für die Suchterkrankungen). Das Schicksal de Ichs in der phallischen Phase (Ödipuskomplex; hängt ab von der ökonomischen Auswirkun des objektgerichteten Autoerotismus (Onanie). Regression der genitale Exekutive unter das Intestinalprimat (Fixierungspunkt für die Zwangsneurose).

Ausblick über die Bedeutsamkeit des Intestinalprimats für den Verdrängungsvorgang für das Problem der Introjektion, für das Phänomen der Triebentmischung, der Ambivalen und des Aggressionstriebs.

6) Dr. Jenö Hárnik: Die postnatale erste Entwicklungsstuf der Libido.

Es wird wahrscheinlich gemacht, daß nach der Geburt, noch vor der Aufrichtung, bezw Erstarkung der oralen Libidoorganisation eine Phase ihre kurzlebige Herrschaft ausübt, di den Namen einer respiratorisch-intestinalen Organisationsstufe ver dient, weil auf ihr das Atmungsorgan und der Magendarmtrakt Leitzonen sind. Die Beweis führung bedient sich einer sonst nicht sehr häufigen synthetischen Arbeitsweise, indem die selbe hauptsächlich zurückgreift auf ältere, seit Jahren wiederholt geäußerte Annahmen vo Simmel über „Intestinallibido" und auf eigene, bereits bekannte Aufstellunge über Todes- (Sterbens-) und Erstickungsangst. Sie verwendet aber auch die mit den letztere in gutem Zusammenhang stehenden Funde Fenichels über respiratorische Introjektio zur Illustration der (für eine allgemeine Psychosenlehre bedeutsamsten) Äußerungsforme dieser präoralen Phase, versucht die noch ausbaufähige Konzeption von den prägenitale Konversionserscheinungen (Abraham) mit Hinweis auf das Syndrompaar *Asthma bron chiale* und *Colitis mucosa* hereinzubeziehen und weicht der Versuchung nicht aus, die au sicherer phylogenetischer Basis befindlichen Bestandteile der von Ferenczi inaugurierte Bioanalyse dazu zu verwerten, das biogenetische Grundgesetz nach Freudschem Muste auch für diese Libidostufe in Anspruch zu nehmen.

Dritte wissenschaftliche Sitzung

Montag, den 5. September, 9 Uhr

Vorsitzender: Dr. A. A. Brill, Newyork

1) Mme. Marie Bonaparte: De la fonction érotique che la femme.

Mme. Marie Bonaparte, partant de la division que Freud a établie, dans son dernie travail sur la sexualité feminine, s'attache à l'étude des femmes qui n'ont p renoncé à leur virilité. Ces femmes, tout en ayant, dans l'enfance, pu changer d'obje passer de la mère au père, gardent le plus souvent l'organisation phallique quant au zônes érogènes, bref deviennent des héterosexuelles chez qui la zône clitoridienne res cependant tenacement la zône dominante. Leur observation pose des problèmes biologiqu fort importants, touchant la bisexualité foncière des humains, problèmes à l'examen desque l'auteur se consacre.

2) Miß Mary Chadwick: Notes upon some Psychological Disturbances connected with the Menstrual Cycle in Women.

SECTION I. (Historical.)

a) From earliest times, the menstrual period in women has been surrounded with the idea of horror and guilt, leading to strict taboos and an endless number of strange superstitions, many of which survive to the present day.

b) Among the writings of ancient medical men, Galen, etc., we find references to psychological disturbances in women that were noticed to be of periodic occurence, and which were attributed to the wanderings of the uterus about the body and to the phases of the moon, without, however, any apparent notice being taken of the fact that the woman's menstrual cycle and the lunar cycle were of the same length, namely 28 days.

c) It is interesting also to observe in mediaeval history, the part, played by the psychological disturbances in women which were attributed to the influence of witchcraft and the presence of witches. If we investigate the characteristics of the witches, and the symptoms of their mental disorders, we find a startling similarity between these and those which make their appearence in women at this time, or which are then accentuated, especially in older women and those nearing or undergoing the transition of the Menopause, when they often show themselves in an exaggerated form.

SECTION II. (The Menstrual Cycle in Childhood.)

a) How soon can we discern the menstrual cycle in the life of the little girl, and by what symptoms may we recognise it?

b) What influence does some knowledge of this phase in the life of the adult woman usually have upon the mental life of the child, how is this information usually acquired, and what results may emerge from it in later life?

c) The onset of puberty and the appearence of the menstrual flow awakens former guilt and phantasies of castration and death to the child, with hostility to the mother and love for the father, normally, but occasionally this will be reversed. What influence may this have for the subsequent nervous development of the adult woman?

SECTION III.

a) Psychological disturbances, phenomena of inter-related physical abnormalities, and typical symptoms that we may find in young female adults, connected with the experience of the menstrual cycle, their connection with related traumata of childhood and survival of primitive, unconscious guilt concerning the menstrum.

b) Those associated with the older woman, and those who are approaching or going through the ordeal of the Climacteric.

c) The interruptions these may cause to the continuity of daily life, family, marriage or social relationships, and the general physical health of the woman.

NOTE. The material upon which this paper is based has been taken from various books dealing with the history of the subject, and articles dealing with the subject in psychoanalytic literature, the psycho-analysis of children and adults as well as former experience in the general or gynaecological wards of our hospitals.

3) Anna Freud: Die neurotischen Mechanismen unter dem Einfluß der Erziehung.

Einige Beispiele für die Wechselwirkung zwischen Innenwelt und Außenwelt bei der Ausbildung der infantilen Neurose.

4) Dr. Richard Sterba: Das Schicksal des Ich im therapeutischen Verfahren.

Der Analytiker läßt das Ich des Patienten in der Analyse ein besonderes Schicksal erleiden. Er provoziert eine Spaltung im Bereiche des Ichs, eine Inselbildung innerhalb desselben, zum Teil in Wiederholung der Vorgänge bei der Über-Ich-Bildung. Die Gegenüberstellung dieser Ich-Anteile gegen die triebhafte Übertragungsaktion und deren Abwehr ermöglicht die Bewältigung dieser Energiemengen und ihre Einverleibung in den Machtbereich des Real-Ichs auf Grund der „synthetischen Funktion" desselben.

5) Dr. Theodor Reik: Neue Wege analytischer Technik.

Das Verhältnis der Techniken analytischer Forschung und analytischer Therapie wird gekennzeichnet; innerhalb dieser Charakteristik wird der Gegensatz intellektueller und affektiver Kenntnisnahme, wie er sich durch die verschiedene Art der Deutung ergibt, dargestellt. Als das Wesen analytisch wirksamer Technik wird nicht das Bewußtwerden, sondern die affektive Überraschung betont. Der Referent geht dabei von seinem vor einigen Jahren („Der Schrecken") psychologisch erörterten Begriff der Überraschung als psychische Reaktion auf die Bestätigung unbewußt gewordener Erwartung aus. Ein neues, bisher nicht gewürdigtes Element der Überraschung, das ökonomische, ist durch die Ersparung von Hemmungsaufwand gegeben. Psychisch wirksam erwiesen sich in der analytischen Praxis nur solche dem Patienten vermittelte Erkenntnisse, welche den hier bezeichneten Charakter des Überraschenden haben. (Vergleich mit der Technik des Kurzschlusses, durch den die Glühlampe erleuchtet wird.) Die dynamische und ökonomische Natur dieser Überraschung, ihr Charakter als Bestätigung einer verdrängten Erwartung, legt den überraschenden Vergleich zwischen analytischer Technik in der Praxis und Witztechnik nahe. (Freuds Hinweis auf die Art, wie er zur Untersuchung des Witzes kam: seine Traumdeutungen machten einen so „witzigen" Eindruck.) — Ein weiterer Schritt: nicht nur für den Analysanden, auch für den Analytiker müssen die auftauchenden Erkenntnisse Überraschungen im bezeichneten Sinn sein. Der Weg von der unbewußten Deutung des ihm gebotenen psychologischen Materials während der Analyse bis zu seiner bewußten Erkennung wird analytisch erläutert und mit der Psychogenese des Witzes (der Erfassung des Produktes aus dem Eintauchen ins Unbewußte) verglichen. Die ökonomische und dynamische Wirkung der Überraschung im Sinn einer Aufhebung von Besetzungen für den Patienten. Der Begriff der Amplitude des Erlebnisses und die psychische Nachwirkung einer analytischen Erkenntnis. Das psychologische Verständnis entstammt einem Reservoir unbewußt gewordener Erkenntnisse und ist ein Resultat produktiv gewordenen persönlichen Leidens. Die Analyse stellt sich als eine Kette von psychologischen Überraschungen auch für den Analytiker dar, dessen Ubw. wie ein Organ (Auge, Ohr) funktioniert. Die Rolle des Schreckens („Gedankenschreckens", Freud) in der analytischen Kur.

Praktische Folgerungen und Beispiele aus der Praxis: die Art der Überprüfung und Verifizierung der auf diesem Wege gewonnenen überraschenden analytischen Erkenntnisse, Selbstkritik und Selbstanalyse des Analytikers. Aus meiner Theorie resultierende Gedanken über die Problematik der Kontrollanalyse; andere Wege der analytischen Ausbildung, ihre Vor- und Nachteile. Die Bedeutung der Feinhörigkeit für das Seelische, ihre Abhängigkeit von dem Produktivwerden eigenen Leidens und ihre Rolle innerhalb der analytischen Ausbildung.

6) Dr. Michael Bálint: Charakteranalyse und Neubeginn.

Das Problem der Beeinflußbarkeit des Charakters durch die psychoanalytische Kur. Charakter als erstarrte Reaktions-, bezw. Aktionsform. Die Einschränkung der Liebesmöglichkeiten und der Liebesfähigkeit. Die Ursachen der Erstarrung, bezw. der Einschränkung: Regression und Wiederholung. Die Auflösung der Erstarrung. Neubeginn. Heilung von Krankheiten und Charakteranalyse, als Beispiel Lehranalysen und Fälle von sogenannten organischen Krankheiten.

Vierte wissenschaftliche Sitzung

Montag, den 5. September, 15.30 Uhr

Vorsitzender: Dr. P. Federn, Wien

1) Dr. Helene Deutsch: Zur Psychologie der manisch-depressiven Zustände, insbesonders der chronischen Hypomanie.

Verschiedene Formen des manisch-depressiven Irreseins, vor allem Zwischenbilder, wie reizbare Depressionszustände und sogenannte „gereizte Manie" werden teils auf Grund klinischer, teils psychoanalytischer Beobachtung psychologischen Betrachtungen unterzogen. Vor allem wird der ökonomische und dynamische Gesichtspunkt berücksichtigt. Die Färbung des Zustandsbildes ergibt sich aus der Art der Abwehrmechanismen, die das Ich gegen die destruktiven Kräfte in Bewegung setzt. Dieser Vorgang hängt davon ab, wie weit die Ich-Entwicklung dem Ansturm der Triebregression standgehalten hat.

Bei gewissen melancholischen Krankheitsformen werden auf ein narzißtisches Signal im Ich zum Schutze gegen die schwere innerpsychische Spannung Projektionsmechanismen mobilisiert, die dem klinischen Bilde den Charakter eines aktiven Kampfes gegen die Umwelt geben, ja sogar allmählich der Depression eine paranoische Färbung verleihen. Als Beispiel werden Zitate aus dem Tagebuch einer psychotischen Patientin angeführt, die nach dem realen Tode des Objektes (ihres Gatten) unmittelbar aus einer unzweideutigen periodischen Melancholie in einen Verfolgungswahn überging. Das analytische Verständnis dieser Zitate ergibt sich zwingend.

Zum Verständnis der manischen Zustände geben besonders jene Fälle Aufschluß, bei denen die vorausgegangene depressive Phase entweder einen ganz leichten Grad hatte oder sogar den Charakter der obenerwähnten aggressiven Kämpfe mit der Umwelt zur Schau trug. Bei diesen Fällen folgt den aktiv projizierenden Abwehrkräften ein für die Manie spezifischer Mechanismus. Es ist der der Verleugnung, durch die das Ich eine Korrektur der erlittenen narzißtischen Kränkungen vornimmt und sich so benimmt, als wären dieselben nie vorhanden gewesen oder nachträglich gutgemacht worden.

Diese Verleugnung macht die Aggressionen gegen die Umwelt unnötig, schützt vor Verlustreaktionen und vor der strafenden Strenge des Über-Ichs. Eine eventuell vorausgegangene melancholische Phase mit ihren Straf- und Bußeaktionen wird die Infunktiontretung des Verleugnungsmechanismus erleichtern, akuter machen und dadurch der Manie jenen uns wohlbekannten Zustand des Triumphes verleihen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Hyperfunktionen des Ichs im manischen Zustande unproduktiv bleiben, ebenso in Beziehung auf die positive libidinöse Objekteinstellung, wie auch auf die zahlreich unternommenen Sublimierungsversuche. Bleibt doch auch hier die ganze psychische Energie krankhaft auf die Lösung der inneren Konflikte verwendet.

Beschreibung und Begriffsbestimmung der chronischen Hypomanie als Charakterzustand und als Gesamteinstellung zum Leben. Die Analyse einer Patientin, deren seelischer Zustand dieser Begriffsbestimmung entsprach, ergab das ständige Walten des obenerwähnten Verleugnungsmechanismus. Die andauernde Euphorie war das Resultat der Verleugnung aller Enttäuschungen, die das Leben brachte, und somit auch der Verleugnung der eigenen Aggressionen. Das verleugnende Ich konnte in narzißtischer Befriedigung: „wie bin ich gütig", schwelgen und das Über-Ich zur besonderen Milde verführen. Auch da machte sich die psychische Sterilität des intellektuell hochbegabten Individuums bemerkbar.

Im Projektionsmechanismus der Auflehnung stehen dem Ich Kräfte zur Verfügung, die es in der späten oralen und sadistisch-analen Entwicklungsphase der Libido erwirbt. Der Verleugnungsmechanismus ist eine Errungenschaft der phallischen Phase und wird häufig in den Analysen im Kampfe mit dem Kastrationskomplex begegnet. Bei weiblichen Patienten liegt er unserem Verständnis besonders nahe. Von hier wird es klar, warum bei manischen Zuständen so häufig kleptomane Impulse zutage treten. Dienen sie doch bekanntermaßen der Korrektur einer Besitzlosigkeit, die auf diesem Wege verleugnet wird.

2) Dr. Sándor Radó: Die Motivgestaltung in der Depression.

Der Vortrag versucht, den narzißtischen Sinngehalt der depressiven Zustände aufzuzeigen, und verfolgt die Verflechtung der beiden konstituierenden Motivenreihen, der narzißtischen und der aggressiven.

3) Dr. Edoardo Weiß: Körperschmerz und Seelenschmerz.

Es kommen Träume vor, in welchen ein Körperschmerz durch einen Seelenschmerz und umgekehrt ein Seelenschmerz durch einen Körperschmerz dargestellt erscheint. Das erstere kommt dadurch zustande, daß im Traume infolge Zurückziehung der Libido von der Körper-Ich-Grenze, das Körper-Ich-Gefühl verschwindet (Federn). Im Traume kommt nämlich ein körperliches Ich-Gefühl nicht vor, es sei denn, daß ein eigener Körper halluziniert wird. Der lokalisierte Körperschmerz setzt ein Körper-Ich-Gefühl voraus.

Dem scheint die Erfahrung zu widersprechen, daß Körperschmerzen auch als solche im Traume vorkommen können. Dabei müssen wir aber zweierlei Fälle unterscheiden: solche, bei welchen ein Körperschmerz einem organischen Reizzustande entspricht, sozusagen tatsächlich besteht, und solche, bei welchen der Körperschmerz bloß geträumt ist, d. h. nicht von einem organischen Reiz herrührt. Wenn ein tatsächlich bestehender Körperschmerz im Traume erscheint, so könnte man annehmen, daß die Schlaftiefe, infolge der Stärke des organischen Reizes, gering ist, und daß infolgedessen ein, wenn auch mangelhaftes Körper-Ich-Gefühl doch besteht. Entspricht aber dem geträumten Schmerze kein organischer Reizzustand, so kann er als Darstellung eines latenten Inhalts, z. B. eines Seelenschmerzes aufgefaßt werden.

Weiterhin folgen Betrachtungen über den Ursprung des Seelenschmerzes überhaupt, über Analogien zwischen onirischer Verwandlung von Seelenschmerz in Körperschmerz und hysterischer Konversion sowie auch über das Verhältnis von Seelenschmerz zu Seelenleid: Der erstere hat mit Objektbesetzungen zu tun, das letztere mehr mit dem Narzißmus.

4) Dr. Charles Odier: Note sur un cas de névrose grave sans complexe d'Oedipe.

Homme de 40 ans, qui avait présenté des phases de dépression presque mélancoliques (avec une tentative de suicide) accusant une périodicité nette. Celle-ci avait fait penser les médécins à une cyclothymie.

L'analyse révéla une fixation masochiste à une bonne d'enfant probablement névrosée. Le patient lui fut exclusivement confié dés sa naissance. Parents très agés a ce moment, lui même beaucoup plus jeune que ses frères et soeurs. L'intérêt du cas réside surtout dans le fait que le patient, très intelligent, était au courant des doctrines psychanalytiques et du développement libidinal de l'enfant. S'appuyant sur ces connaissances, il apporta longtemps un matériel pseudo-oedipien qu'il employait très habilement comme résistance.

5) Dr. Ernst Schneider: Zur Psychoanalyse der Zuckungskrankheit (maladie de tics).

Krankengeschichte und Analyse eines Falles von Zuckungskrankheit. Die Haltungsformen und die Körperbewegungen und ihre Determinanten. Psychologie und Pathologie der Körperbewegungen, ihre Stellung im psychologischen und biologischen Entwicklungsschema sowie in den „Entwicklungsstufen der Libido".

Fünfte wissenschaftliche Sitzung

Mittwoch, den 7. September, 9 Uhr

Vorsitzender: Dr. P. Sarasin, Basel

1) Miß N. N. Searl: The Psychology of the Scream.

The scream, as a way of meeting danger, ontogenetically earlier than flight. The first baffled rages, the first situations of internal dissension. The metamorphoses of the scream.

2) Dr. Edward Glover: The relation of neuroses and perversions to the development of reality sense.

Ferenczi's classical approach to the problem of development of reality sense combined two sets of inferences: *a)* from the (behaviouristic) observation of children, *b)* from study of mechanisms observed during analysis of neurotic and psychotic individuals.

Recently the problem has been approached through the more direct (analytical) observation of children. In particular the operation of two fundamental factors has been studied in some detail: *a)* the influence of an optimum amount of anxiety in compelling recognition of reality and *b)* the exploitation of libidinal processes to overcome the anxieties of earlier stages, a process which promotes anchorage on reality relations. The value of libidinal displacement.

The reconstruction of development effected in this way can be confirmed by a study of the systematic relations of psychoses and psycho-neuroses in the adult. But there are many gaps in this adult reconstruction: these can be filled in to some extent by a study of the perversions. A key position is the relation of perversions to obsessional neuroses. There is need for a developmental classification by instinct components and the obsessional neuroses are subject to subdivision.

3) Dr. Karl A. Menninger: Some Psychoanalytic Formulations Concerning Suicide (Vorgelesen von Dr. F. Alexander).

Suicide is more frequent in literature than its statistical frequency in real life would justify; this is because it is used in fiction and drama to symbolize the self-destructive

tendencies which artists intuitively recognize as latent in so many persons. In real life these tendencies in conflict with self-preservative tendencies result in great numbers of frustrated, incomplete and slow suicides by individuals for whom the solution of reality problems cannot be so simple as a mere "going away".

To explain real suicide in this conventional way as merely an escape from an intolerable situation is to err on the side of oversimplification. Suicide is a very complex act, psychologically, determined less by external factors than by internal ones, the latter indeed often acting to bring about the very external situation which becomes intolerable. This disposes of those naïve judgments of the suicide as "courageous" if the external factors are obvious, and "irrational" if they are obscure.

The analysis of the unconscious motives in suicide is made difficult by the fact that a successful suicide is beyond study, and more specifically because it combines in one act and one actor several accomplishments. It is a death in which we may recognize three elements: the element of killing, that of being killed, and that of dying. Each of these has its own determinants and their proportionate strength may vary greatly.

1. The wish to kill is the familiar introjected death-wish, the acme of destructive aggression in contrast to coitus as the acme of creative aggression. It is dictated by (a) a primary motive of aggression, stimulated by jealousy; (b) a secondary motive of defense stimulated by fear and (c) of revenge stimulated by hate engendered by the attack feared; and (d) a tertiary motive of erotic satisfaction offered by the sadistic opportunity of the attack. The feared-hated-loved object is incorporated into the ego and attacked.

2. The wish to be killed, the second component, is the extreme form of submission; it unites (a) a satisfaction of the need for punishment due to the aggressions just described; and (b) a masochistic erotization of this self-punishment. The exhibitionistic satisfactions of suicide which are so well known to the public relate to this masochistic element in the satisfactions afforded in submitting oneself and displaying one's suffering to others.

3. But these two components could never of themselves overcome the life instincts unassisted, since it is these very life instincts which dictate these attacks. Actual self destruction is accomplished only when circumstances favor the activation of the death instinct, which then utilizes the above mechanisms to gratify tendencies stronger than the life instinct. Thus we may add as a third component, the wish to die the conspicuous absence of which in some apparently bona fide attempts at suicide is not the least convincing evidence of its existence in other cases.

Of great practical importance is a recognition of these tendencies toward self-destruction in their formes frustes. Instead of a consciously deliberated, quickly executed, completely and directly achieved act, suicide is more often a slow, oscillating, indirect process, unconsciously rather than consciously motivated. In the deflecting to other objectives of these unconscious self destructive tendencies one recognises the therapeutic aim of psychoanalysis.

4) Dr. G. Róheim: Die Urreligion der Menschheit.

Das Rätsel der Sphinx ist die Sphinx selbst. Mischgestalten in der Mythologie. Die Dämonen in Zentralaustralien. Die Urszene und die phallischen Dämonen. Der Zauberer in der Zuschauerrolle. Erektion und Zaubern. Der totemistische Ritus als Darstellung der Urszene. Projektion und Introjektion. Dämonenglaube und Totemismus. Das Über-Ich. Von der Urhorde zur menschlichen Gesellschaft. Das Spezifisch-Menschliche.

5) Dr. R. de Saussure, Genf: Le miracle Grec.

Renan a donné le nom de miracle grec à l'essor prodigieux qu'a pris la civilisation hellénique au VIe et au Ve siècle avant notre ère.

6) Frau Alice Balint: Versagung und Gewährung in der Erziehung.

Kultur und Erziehung, Erziehung als unbewußte Anpassung an die Kulturbedingungen. Erziehung immer sinngemäß, aber im allgemeinen unökonomisch. Wieviel an Triebhemmung ist für die Erhaltung unserer Kultur unbedingt notwendig? Das Problem der notwendigen Triebhemmung ist das Problem der Versagung und Gewährung in der Erziehung. Die Analyse kann, als nachträgliche Korrektur, die Frage nicht beantworten, was geschehen würde, wenn die Gewöhnung an Triebhemmung bei dem Kleinkinde in Wegfall käme. Vergleichende Erforschung der Erziehungsmethoden unter verschiedenen Kulturbedingungen. Die Frage des menschlichen Glücks.

7) Frau Gertrud Behn-Eschenburg: Über Beziehungen zwischen Psychoanalyse und Pädagogik.

Die historische Entwicklung der Beziehungen von Psychoanalyse und Pädagogik:

1. In dem nach der psychoanalytischen Methode behandelten Einzelfall, der von den erzieherischen Instanzen einer psychoanalytischen Behandlung übergeben wurde, weil die gewöhnlichen erzieherischen Maßnahmen zur Erreichung eines bestimmten Erziehungszieles versagten. — —

2. In der Übernahme gewisser psychoanalytischer Einsichten und Erkenntnisse in die Pädagogik, um leichtere Erziehungsschwierigkeiten in eigener Instanz verstehen, eventuell beheben, oder vielleicht verhüten zu können.

3. In der Berücksichtigung der „Psychologie des Unbewußten" bei der Diskussion grundsätzlicher Probleme der Pädagogik.

Sitzung der Internationalen Unterrichtskommission

Wiesbaden, Hotel Rose, am 5. September 1932, 9 Uhr abends.

Vorsitz: Dr. Max Eitingon.

Anwesende: Dr. Balint, Dr. Behn-Eschenburg, Mme. Bonaparte, Dr. Brill, Dr. Mack Brunswick, Dr. Deutsch, Dr. Endtz, Dr. Federn, Dr. Ferenczi, Anna Freud, Dr. Glover, Dr. Happel, Dr. Hollos, Dr. Jones, Melanie Klein, Dr. Meng, Dr. Müller-Braunschweig, van Ophuijsen, Dr. Oberndorfer, Dr. Radó, Dr. Rickmann, Dr. Sarasin, Dr. Tamm, Dr. Weiß, Dr. Zulliger und Dr. Martin Freud als Schriftführer.

Einleitend führt Dr. Eitingon folgendes aus:

Die Internationale Unterrichtskommission war auf dem Kongreß in Homburg, 1925, geschaffen worden, um das Lehren der Psychoanalyse in den Gruppen, von denen zwei der

ältesten (Berlin und Wien) schon Lehrinstitute besaßen, einheitlich zu gestalten, und vor allem, um die Zulassungsbedingungen zur Ausbildung zu normieren. Eine auf dem Innsbrucker Kongreß 1927 zu diesem Zweck gewählte Kommission hatte wertvolle Vorarbeit geleistet, ohne dem nächstfolgenden Oxforder Kongreß 1929 schon einheitliche Richtlinien vorlegen zu können. Erst ihrer Nachfolgerin, der in Oxford zu demselben Zweck gewählten Kommission, bestehend aus Mme. Bonaparte, Dr. Brill, Dr. H. Deutsch, Dr. Eitingon, Dr. Ferenczi, Anna Freud, Dr. Jelliffe, Dr. Ernst Jones (Vorsitzender), van Ophuijsen, Dr. Sachs, Dr. Sarasin, ist dies, wie ich hoffe, in befriedigendster Weise gelungen, und der Vorsitzende der erwähnten Oxforder Kommission wird uns heute das Resultat ihrer Arbeit mitteilen, das wir dann morgen der Generalversammlung vorzulegen haben werden, die es dann zur Norm erheben wird, nach der die einzelnen Gruppen sich prinzipiell zu richten haben werden.

Bevor wir in die Diskussion des Oxforder Entwurfs eingehen, lassen Sie mich mit Genugtuung konstatieren, daß den Instituten von Berlin, Wien und London die Anfänge von Instituten in Budapest und im Haag gefolgt sind; New York hat voriges Jahr ein sehr schön angelegtes Institut eröffnet, im Herbst dieses Jahres tut es Chicago, dessen Anstalt von Alexander und Frau Horney geleitet werden wird. Auch Gruppen in Indien und die jüngste in Japan haben schon Ansätze zu Instituten.

Es ist immer wieder überraschend zu sehen, daß, wo Psychoanalyse überhaupt gelehrt wird, in unseren Kreisen man sich über das Wie des Lehrens nicht mehr im unklaren ist, man wendet die Phasen desselben an, die sich in Berlin, Wien und London doch anscheinend so fruchtbar und so überzeugend bewährt haben.

Von jetzt ab kann sich die Internationale Unterrichtskommission beobachtend verhalten, aufmerksamst alle Impulse registrierend, die an den Orten der Arbeit entstehen, diese Impulse sorgfältig pflegend, und wo notwendig, systematisch diskutierend.

Herr Dr. Landauer berichtet über das Frankfurter Institut und führt aus, daß dieses einigermaßen aus dem Rahmen der übrigen Institute falle; in Frankfurt sind nur wenige Analytiker, die Ausbildung zu Therapeuten im Institut ist nicht vorgesehen, sondern es wird die Aufgabe verfolgt, Aufklärungen über Psychoanalyse zu erteilen und die Studierenden zu wissenschaftlichen Arbeiten anzuregen.

Herr Dr. Alexander berichtet über das Chicagoer Institut. Es ist noch zu früh, um über einen Lehrplan zu sprechen, es besteht die Absicht, das Institut nach den Mustern der europäischen, insbesondere nach Berliner Muster einzurichten. Eine mit dem Institut in Verbindung stehende Poliklinik soll das klinische Material liefern. Die zur Verfügung stehende finanzielle Unterstützung soll dazu dienen, die Lehrer zu bezahlen, und zwar einerseits solche, die keine andere Praxis haben, und solche, die nur einen Teil ihrer Zeit, etwa 4 bis 5 Stunden täglich, für Lehrzwecke widmen. Die Kandidaten werden nicht direkt an die Lehrer, sondern an das Institut zahlen. Dr. Alexander bittet um die Stellungnahme der Kommission im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit nichtpsychoanalytischen Institutionen von Grenzgebieten. Dr. Jones erklärt, er würde ein gelegentliches Zusammenarbeiten mit rein medizinischen Institutionen eher begrüßen als den zweiten Modus, daß nämlich ein nichtanalytischer Hausarzt im Institute wirke. Dr. Eitingon und Dr. Ferenczi sprechen sich dagegen aus, daß nichtanalytische Fachärzte im Institut tätig sind, wodurch der *genius loci*, der unbedingt analytisch sein soll, leidet.

Herr Dr. Ernest Jones liest den Bericht des auf dem Oxforder Kongreß eingesetzten Komitees über die Richtlinien für die Zulassung und Ausbildung von Kandidaten vor:

Mitglieder des Komitees waren: Mme. Bonaparte, Dr. Brill, Dr. Helene Deutsch, Dr. Eitingon, Dr. Ferenczi, Anna Freud, Dr. Jelliffe, Dr. Ernest Jones (Vorsitzender), von Ophuijsen, Dr. Sachs, Dr. Sarasin.

I. Organisatorisches.

Die Zulassung der Kandidaten, ihre Ausbildung, wie überhaupt jede analytische Unterrichtstätigkeit ist Angelegenheit der Unterrichtsausschüsse der Zweigvereinigungen. Diese Unterrichtsausschüsse treten auf jedem Kongreß zu einer gemeinsamen Beratung zusammen. Der einzelne Analytiker hat nicht das Recht, ohne Ermächtigung durch seinen Unterrichtsausschuß auszubilden oder Unterricht zu geben.

II. Allgemeine Gesichtspunkte bei der Auswahl von Kandidaten.

Die Unterrichtsausschüsse entscheiden über die Eignung der Bewerber auf Grund aller ihnen zur Verfügung stehenden Informationen wie auf Grund der bei der persönlichen Vorstellung eingeholten Auskünfte. Maßgebend für die Entscheidung sind neben Erfüllung der beruflichen Vorbedingungen vor allem Zuverlässigkeit des Charakters, Reife der Persönlichkeit, Stabilität des Ichs und psychologisches Verständnis.

III. Spezielle Gesichtspunkte bei der Auswahl von Laienkandidaten.

Das Komitee ist der Ansicht, daß es wenigstens noch für die nächste Zeit besser ist, die Richtlinien in diesem Falle nicht allgemein festzulegen, sondern ihre Ausarbeitung den einzelnen Unterrichtsausschüssen zu überlassen. Das Komitee empfiehlt den Unterrichtsausschüssen aber, sich selbst innerhalb der aufgestellten Regeln eine gewisse Bewegungsfreiheit zu behalten, so daß für die Zulassung besonders geeigneter Bewerber, auch wenn sie den strengen Aufnahmsbedingungen nicht entsprechen, Raum gelassen ist. Der heutige Stand ist etwa so, daß manche Unterrichtsausschüsse das größte Gewicht auf das Doktorat irgendeiner Universitätsfakultät legen, andere Unterrichtsausschüsse auf die tatsächlich geleistete Arbeit auf einem wissenschaftlichen Spezialgebiet, wieder andere auf irgendeine Art klinischer Erfahrung im weitesten Sinne des Wortes, d. h. beruflichen Kontakt mit psychisch Notleidenden.

IV. Verpflichtungen des Kandidaten bei der Aufnahme.

Alle Kandidaten sollen sich bei der Aufnahme schriftlich verpflichten, sich nicht als Absolventen eines psychoanalytischen Lehrinstituts oder als ausgebildete Psychoanalytiker zu bezeichnen, ehe ihre Ausbildung nicht zur Zufriedenheit ihres Unterrichtsausschusses beendet worden ist. Laienkandidaten sollen außerdem noch eine Erklärung unterschreiben, daß sie keine unabhängige konsultative Praxis ausüben werden, d. h., daß sie nur Fälle zur Behandlung übernehmen, die vorher einen Arzt konsultiert haben. Die Verantwortung für Diagnose und Indikationsstellung trägt ausschließlich der Arzt. Die Laienkandidaten sollen darüber aufgeklärt werden, daß dieser Arzt auch die gesetzliche Verantwortung für die ganze Behandlung des Patienten zu tragen hat, daß es also für den Laienanalytiker angezeigt ist, ihn im Falle von Komplikationen des Falles entweder organischer oder psychotischer Art zu Rate zu ziehen. Die Mitglieder des Komitees sind einstimmig der Meinung, daß die strenge Befolgung dieser Vorschriften von besonderer Wichtigkeit ist.

Diese Vorschriften dienen einerseits der Sicherstellung der Laienanalytiker, anderseits de Anpassung an die sozialen und gesetzlichen Verpflichtungen einzelner Länder zum Schutz der behandlungsbedürftigen Kranken.

V. Ausbildung.

a) Analytische Ausbildung. Der analytische Lehrgang, der als Minimum drei Jahre umfaßt, ist für ärztliche und Laienkandidaten der gleiche. Seine Zusammensetzung ist die folgende:

I. Die Lehranalyse bei einem vom Unterrichtsausschuß approbierten Lehranalytiker.

II. Theoretische Studien. Teilnahme an den obligaten Kursen durch zwei Jahre, Teilnahme an Seminaren und Arbeitsgemeinschaften für gemeinsame Lektüre und Forschungsarbeit.

III. Praktische analytische Arbeit. Zwei Kontrollanalysen von der Mindestdauer eines Jahres.

Die Unterrichtsausschüsse werden aufgefordert, auch für die weitere analytische Ausbildung der Analytiker nach Absolvierung der Lehrinstitute Gelegenheiten und Möglichkeiten zu schaffen.

b) Ausbildung in anderen Fächern. Die Frage, ob die psychoanalytischen Lehrinstitute ihren Kandidaten auch die Möglichkeiten zum Studium der nichtanalytischen Fächer selber bieten sollen, ist noch ungeklärt und kann vor der Sammlung weiterer Erfahrung nicht entscheidend beantwortet werden. Jedenfalls aber sollten die Unterrichtsausschüsse über die Studiengelegenheiten informiert sein und die Kandidaten auffordern sich ihrer zu bedienen. Die Gebiete, die dabei vor allem in Betracht kommen, sind Kulturgeschichte, Anthropologie, Mythologie, Folklore und die Evolutionslehre. Laienanalytiker brauchen außerdem noch Gelegenheiten zur theoretischen und praktischen Erfahrung in der klinischen Psychiatrie, Physiologie und wenn möglich in klinischer Medizin.

VI. Landesfremde Kandidaten.

Die Mitglieder des Komitees sind einstimmig der Meinung, daß kein landesfremder Kandidat ohne die vorherige Zustimmung des Unterrichtsausschusses seines eigenen Landes zur Ausbildung zugelassen werden soll. Wir sind sicher, daß das gute Einverständnis zwischen den Zweigvereinigungen der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung nur auf der Basis dieses Übereinkommens aufrechterhalten werden kann. Es scheint der beste Weg, den Kandidaten aufzufordern, sich zuerst selbst persönlich oder schriftlich mit den nötigen Informationen an den Unterrichtsausschuß seines Landes und dann erst an den fremden Unterrichtsausschuß zu wenden. Dabei ergeben sich allerdings gewisse praktische Schwierigkeiten, deren Lösung besser noch eine Weile aufgeschoben bleibt.

Herr Dr. Jones stellt den Antrag auf Annahme des Berichtes.

Während die übrigen Punkte ohne Debatte genehmigt werden, entwickelt sich über einen Antrag von Frau Dr. Helene Deutsch, es möge in den Bericht eine Bestimmung über Mindestdauer der Lehranalyse aufgenommen werden, eine lange Diskussion, an der sich unter anderen beteiligen: Dr. Alexander, Behn Eschenburg, Mme. Bonaparte, Dr. Federn, Dr. Jones, Dr. Meng, Dr. Müller Braunschweig, Dr. Radó, Anna Freud, Eitingon.

Schließlich zieht Frau Deutsch ihren Antrag zurück, hierauf wird einstimmig beschlossen, den Antrag Jones dem Kongreß zur Annahme vorzuschlagen.

Geschäftliche Sitzung

Dienstag, den 6. September, 9 Uhr

I. Eröffnung

Der Vorsitzende, Dr. Max Eitingon, eröffnet die Generalversammlung. Von der Verlesung der Protokolle des vorhergegangenen Kongresses wird Abstand genommen.

II. Bericht des Zentralvorstandes.

Dr. Max Eitingon erteilt folgenden Geschäftsbericht:

Es drängt mich, den heutigen Geschäftsbericht mit nochmaligem Dank an alle anwesenden Kollegen zu beginnen, die trotz der Schwierigkeit der Situation, unter sicher mehr oder weniger großen Opfern, hierher gekommen sind, mit uns der Ansicht, daß wir die Pause zwischen dem 11. Kongreß und diesem nicht noch länger hätten machen können ohne den Kontakt zwischen den Gruppen zu gefährden. Bei der Beleuchtung der Situation in den verschiedenen Zweigvereinigungen erlauben Sie mir, dieses Jahr mit den Vereinigten Staaten zu beginnen.

Dort hat die Psychoanalyse die deutlichsten Fortschritte gemacht, ebensosehr in der Ausbreitung wie besonders auch in der systematischen Vertiefung der Arbeit. Der Ausbau und die Vertiefung des Standards, besonders in den Fragen der Ausbildung, hat eine gesteigerte Nachfrage nach didaktischen Analysen zur Folge gehabt, und so sind eine ganze Reihe europäischer Kollegen zu diesem Zweck dorthin berufen worden. Auf Dr. Alexander folgte Dr. Radó aus Berlin und Dr. Nunberg aus Wien, neuerdings gehen auch Frau Dr. Horney und Dr. Sachs dorthin. Die Statuten beider Gruppen, der „New York Psychoanalytic Society" wie auch der „American Psychoanalytical Association", sind in der Frage der Zulassung und der Ausbildung dem Statut der IPV und den Forderungen der Internationalen Unterrichtskommission konform gemacht worden. Die Frage der Laienanalyse ist prinzipiell im selben Sinne geregelt worden, so daß die Bemühungen des Innsbrucker und des Oxforder Kongresses nun zunächst als mit Erfolg gekrönt zu betrachten sind.

Am 1. Oktober 1931 ist das New Yorker Psychoanalytische Institut eröffnet worden und Dr. Radó war als *visiting director* eingeladen worden, seine reiche Erfahrung an unserem Berliner Institut als Lehrer und Organisator auch dem neuen Schwesterinstitut zur Verfügung zu stellen. Er hielt Lehrkurse und Seminare für Mitglieder und Ausbildungskandidaten, machte Lehr- und Kontrollanalysen, und all dies mit einem so glänzenden Erfolg, daß er aufgefordert worden ist, für ein weiteres Jahr noch seine Kräfte dem New Yorker Institut zu widmen.

Eine sehr rührige und um das geistige Leben der New Yorker Vereinigung sehr verdiente Gruppe jüngerer Kollegen hat ein neues Periodikum, „The Psychoanalytic Quarterly", gegründet, von der sie sich große Belebung des Interesses für die Psychoanalyse in für uns wichtigen Kreisen verspricht.

Dem Beispiel New Yorks ist Chicago gefolgt, das im Herbst d. J. nach sehr eingehender organisatorischer Vorbereitung ebenfalls ein psychoanalytisches Institut eröffnet; unter der Führung von Herrn A. Stern in Chicago hat ein *board of trustees* für einige Jahre beträchtliche Mittel aufgebracht, welche es ermöglichten, zwei so bekannte Psychoanalytiker wie Dr. Alexander und Frau Dr. Horney als Leiter und einen sehr gut ausgebildeten Stab von Assistenten anzustellen, was die Arbeit des neuen Instituts unter den verheißungsvollsten Auspizien beginnen läßt. Die junge Chicagoer Gruppe ist eng mit dem

Institut liiert und deren Vorsitzender, Dr. Blitzsten, gehört dem Lehrkörper des neue Instituts an. Dr. Brill und Referent sind Mitglieder des *advisory board*.

Als eines der wichtigsten Zeichen des Fortschrittes der Psychoanalyse in den Vereinigte Staaten dürfen wir wohl die Reorganisation der „American Psychoanalytical Association" ansehen. Sie ist jetzt verwandelt worden in eine föderative Gruppe der amerikanische psychoanalytischen Gesellschaften, bestehend aus der alten New Yorker Vereinigung, de neuen Vereinigungen von Chicago und Washington-Baltimore, in welche zunächst die be nachbart wohnenden Mitglieder der alten „American Psychoanalytical Association" über gegangen sind. Die neue Vereinigung mit einheitlichem Standard der Aufnahme- und Aus bildungsbedingungen wird ein starker Ort gleichmäßiger Förderung und gleichmäßiger Kon trolle der Entwicklung der Psychoanalyse in Amerika und neuer Gruppen daselbst abgeben wir können Dr. Brill, dem unermüdlichen Vorkämpfer und Hüter der Psychoanalyse i den Vereinigten Staaten, nur recht geben, wenn er die neue Gründung und ihr Statut mi den Worten begrüßt: „Wir fühlen, daß diese neue Einrichtung ebensosehr die einzelnen Mit glieder wie die lokalen Gruppen und schließlich die ganze psychoanalytische Bewegung i Amerika schützt." Und ich glaube auch, daß die Zukunft unserer Bewegung mir rech geben wird, wenn ich mir jetzt erlaube, in Ihrem Namen all den Kollegen herzlichst z danken, die an diesem mühevollen Werke der Reorganisation tätig teilgenommen haben.

In unserer britischen Schwestergesellschaft ist der Hauptteil der Arbeit vom Lon doner Institut und der Klinik geleistet worden. Dennoch sind eine Reihe von Zeichen, da die Psychoanalyse dort dauernd auch an weiterem Terrain gewinnt. Für ein solches wichtige Zeichen halten unsere englischen Freunde den Umstand, daß nach zahlreichen Einladunge aus verschiedenen medizinischen und soziologischen Kreisen nun zum erstenmal auch di sehr exklusive und zentralisierte „National Radio Institution" eine Reihe von Radio vorlesungen über Psychoanalyse veranstalten wird, mit denen Dr. Jones betraut worde ist. Das „Journal" hat eine Auflage von über 500 Exemplaren; es ist sicherlich auch seh bezeichnend, daß von dem sehr glücklich populär verfaßten kleinen Buch von Dr. Jone über die Psychoanalyse innerhalb der letzten vier Jahre 45.000 Exemplare abgesetzt worde sind. Die Serie der psychoanalytischen Monographien des „Journal" wächst, hat neuerding die Resultate von Roheims Expedition veröffentlicht, die auch unsere „Imago" in einen Sonderheft bringen wird. (Das Institut, das in den letzten Jahren hauptsächlich mit inten siver Ausbildungsarbeit beschäftigt gewesen ist, gedenkt demnächst in breitere Öffentlichkei zu treten.)

In Deutschland trat in der jetzigen Berichtsperiode zunächst die auf den beide letzten Kongressen vom Referenten hervorgehobene Tatsache der stetigen Ausbreitung un Akzeptierung der Psychoanalyse in und mit der immer mehr Raum und Lehrkanzeln ge winnenden Psychotherapie immer deutlicher hervor. Charakteristisch dafür ist z. B. ei Passus der Besprechung der letzten gewiß sehr orthodoxen Publikation unseres Internatio nalen Psychoanalytischen Verlages, der Speziellen Psychoneurosenlehre (O. Fenichels aus der Feder eines bekannten Berliner Psychiaters: „Die grundsätzlichen Gesichtspunkte, di der Verfasser, speziell in der Einleitung, hervorhebt, sind im großen ganzen so gehalte daß auch der Nichtpsychoanalytiker ihnen weitgehend beipflichten kann. Ein Hinwei übrigens darauf, wieviel von psychoanalytischen Ansichten bereits in den allgemeine psychiatrisch-neurologischen Anschauungskreis übergegangen ist." Sie werden aber gewi erraten, daß derselbe Kritiker es dann dem Buch sehr viel weniger freundlich vermerkt, da „auch das ganze Inventar psychoanalytischer Mechanismen und Komplexe in ihm vertrete ist". Auch solchen also, die zu wissen scheinen, wieviel sie der Psychoanalyse verdanke ist noch immer zuviel Freud in der Psychoanalyse.

Daß die neuere Methodenkritik an Freud immer tiefgründiger wird unter dem Einflu

einer metaphysisch orientierten philosophischen Anthropologie hat Referent auf der Tagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft in Dresden, September 1930, zu skizzieren versucht. Zugleich damit wird in allerletzter Zeit bei uns unter dem Einfluß der sich immer vertiefenden wirtschaftlichen und politischen Krise das Interesse an psychologischen Problemen von dem an ökonomischen und soziologischen verdunkelt, was nur zu verständlich und hoffentlich bald vorübergehend ist.

Von der wachsenden Anerkennung nicht bestochen, und anderseits von der teilweise immer sublimer werdenden Kritik, trotz des Wissens um die Schönheit von deren hohen Ansatzpunkten, nicht eingeschüchtert, geht die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft mit ihren Arbeitsgemeinschaften in Frankfurt, Hamburg, Leipzig die psychologischen Wege, die uns die Psychoanalyse gewiesen hat, das Werk Freuds für eine genügend strenge Wissenschaft haltend, die noch lange zu viel zu tun haben dürfte, als daß sie sich und anderen erlauben darf, ihre Grundlagen aufzulockern. Unsere Gesellschaft hat, wie die meisten unserer Zweigvereinigungen, es nach wie vor für die Hauptfrage angesehen, den Unterricht, der ja so eng mit der Forschung verbunden ist, weiter zu befestigen. Bald nach dem Oxforder Kongreß konnte unser Berliner Institut Rechenschaft ablegen über das erste Jahrzehnt seiner Arbeit.

Seither mußten wir auch, wie schon erwähnt, eine große Anzahl unserer bewährtesten deutschen Mitarbeiter an die amerikanische Schwestervereinigung abgeben. Nach Alexander und Radó neuerdings auch Frau Horney und Sachs. Nicht ohne Stolz fühlten wir uns dadurch ärmer werden, entschlossen, den wertvollen und immer schwieriger werdenden Boden des „klassischen Landes des Widerstandes gegen die Psychoanalyse" auch mit unserer kleiner gewordenen Schar zu behaupten.

Die indische Gruppe, die in diesem Jahre ihr zehnjähriges Bestehen begehen konnte, hat den Grundsatz, daß alle Mitglieder analysiert sein sollen, ernsthafter durchzuführen gesucht, und so kommen von Jahr zu Jahr einige solche analysierte Mitglieder hinzu. Diese Bestimmung verhindert es ebenso in der indischen wie bei allen Gruppen, daß die Mitgliederzahl rascher wächst, eine Erscheinung, mit der wir durchaus einverstanden sind. Eine Reihe von wissenschaftlichen Körperschaften diskutiert auch dort unter dem Einfluß der tätigen kleinen Gruppe die Analyse immer ernsthafter, und man fühlt sich bei jeder Gelegenheit bewogen, die Verdienste des Hauptes der indischen Gruppe, Herrn Dr. Bose, wie auch der Herren Bannerji und Dr. Berkeley-Hill, hervorzuheben, die auf so isoliertem Boden mit unermüdlicher Ausdauer für die Ausbreitung unserer Sache wirken.

Die ungarische Gruppe hat in diesen Jahren konzentriert weiter gearbeitet, ihr Institut ausgebaut, und von unserem Freunde Ferenczi, von dem wir im Lauf der Jahre theoretisch wie technisch alle soviel gelernt haben, ist Kunde in diesen Jahren herübergekommen von technischen Neuerungen, die wir, wie Ferenczi gegenüber ja nicht anders möglich, mit Interesse hörten, sehr neugierig auf die genauere Instrumentierung der neuen Melodien.

Unsere näher gelegene holländische Schwestergruppe ringt jetzt mit dem alten Problem: Konzetrierung auf gut ausgebildete Mitglieder oder Anschluß an die größeren psychiatrisch-neurologischen Vereinigungen und damit auch Aufnahme analytisch weniger gut geschulter Mitglieder in die Vereinigung.

Einen großen Verlust hat die holländische Vereinigung dadurch erfahren, daß Herr Prof. Jelgersma bei seinem Rücktritt vom Lehrstuhl der Psychiatrie in Leiden durch einen Nichtanalytiker ersetzt worden ist, so daß eine im Aufblühen befindlich gewesene psychoanalytische Plattform an der Universität Leiden verlorengegangen ist. Das Psychoanalytische Institut im Haag entwickelt sich unter der Leitung unseres Freundes van Ophuij-

sen weiter, mit all den beträchtlichen Schwierigkeiten zu kämpfen habend, die unsere Institutionen auf ihren Wegen nun einmal finden.

Aus Rußland kommt in den letzten Jahren gar keine Nachricht. Die Psychoanalyse liegt wahrscheinlich nicht in der Richtung der Fünfjahrespläne, in denen sich so vehement die ganze Aktivität dieses seltsamen Staatsgebildes erschöpft.

Die Situation in der Schweiz in der jetzigen Berichtsperiode war eine im wesentlichen sehr ruhige, nachdem die vorhergegangene durch die Absplitterung der „Schweizerischen Gesellschaft für ärztliche Psychoanalyse" (Oberholzer und Anhang) eine erregte gewesen ist. Die Schweizer Kollegen haben manchmal den Eindruck, der sich aber nicht deutlich belegen lasse, daß die Stimmung der Psychoanalyse gegenüber dort weniger freundlich geworden sei. Am regsten scheint noch das psychoanalytische Leben in Zürich zu sein, wo Herr und Frau Behn-Eschenburg eine lebhafte Tätigkeit entfalten, stiller in Basel und ausgesprochen schwer in Bern. Öffentliche psychoanalytische Veranstaltungen werden lebhaft besucht; sehr fruchtbar gestalteten sich einige solche unter Beteiligung von Aichhorn, Wien. Schwebend ist zurzeit im Kanton Zürich ein neues Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen, das die Behandlung von Gemüts- und Geisteskranken ausschließlich Personen mit dem schweizerischen Staatsexamen zuweisen will, wodurch die analytische Tätigkeit von Seelsorgern, Erziehern und Psychologen empfindlich eingeschränkt würde. Augenscheinlich ist aber der Gesetzentwurf auch aus anderen Gründen der Bevölkerung nicht genehm und wird vielleicht nicht angenommen werden. Der Zuzug neuer Analytiker ist zurzeit nicht stark in der Schweiz, und vor allem ist die Frage des Nachwuchses dort wie auch anderswo nicht leicht zu beurteilen.

Die „Société Psychanalytique de Paris" hat in den Jahren 1930 und 1931 ihre Arbeit dadurch intensiver zu gestalten versucht, daß sie außer den regelmäßigen Vereinssitzungen in kleinen Zirkeln seminaristische Diskussionen von laufenden Analysen (die Kollegen Laforgue und Odier) ebenso über Traumdeutung (Dr. Loewenstein) veranstalteten. Die psychoanalytischen Bemühungen in einer Anzahl von medizinischen Zentren von Paris werden eifrigst fortgesetzt; die Doktoren Laforgue, Loewenstein, Odier, Nacht und Mme. Reverchon haben auf der Abteilung des Prof. Claude am Hospital Ste.Anne die psychoanalytische Behandlung von Psychoneurosen weiter durchgeführt. Frau Dr. Morgenstern setzte mit großem Erfolg die Behandlung der Kinderneurosen im Service de Neuro-Psychiatrie infantile des Doktor Heuyer fort, und Frau Sokolnicka war mit der Behandlung der Psychoneurosen an der Abteilung des Dr. Toulouse am Hopital Ste. Anne beauftragt. Dank dem großen hingebungsvollen Eifer der Mme. Bonaparte sind eine Reihe weiterer Bücher von Prof. Freud französisch erschienen, und eine Reihe eigener französischer Publikationen verdanken wir dem rührigen Geist einer Anzahl von Kollegen, wie Allendy, Bonaparte, Hesnard, Laforgue und anderen.

Die intensive wissenschaftliche Arbeit in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung war in der Berichtszeit noch mehr als vorher auf Arbeitsteilung in Gruppen bedacht. Zu dem Technischen Seminar, den Seminaren für die Freud-Schriften und dem Seminar für Kinderanalyse kamen neue hinzu: Seminare für spezielle psychiatrische Psychoanalyse (Leitung MackBrunswick), für Charakteranalyse (Leitung Bibring), für Pädagogik (Leitung Hoffer) und in neuer Art und Führung ein Seminar für gemeinsame Analysenkontrolle (Leitung H. Deutsch). Aichhorns Vorlesung über sein Gebiet — die schwierigen Kinder — verbindet durch die nachfolgenden Diskussionen Vorlesungen und Seminare.

In allen diesen Gruppierungen finden sich solche Kollegen zusammen, die gut miteinander arbeiten, das dabei Befriedigung findende Bedürfnis nach analytischer Vertiefung

muß mit der Zeit auch dem Niveau der gemeinsamen großen Sitzungen zugute kommen.

Unsere Wiener Schwestervereinigung besaß in den letzten Jahren auch weiter die unvergleichliche Institution ihrer sogenannten erweiterten Vorstandssitzungen, an denen sich ein großer Teil der Mitglieder beteiligte und deren Diskussionen von unserem verehrten Meister Freud geleitet wurden.

Infolge der Verlegung der Redaktion unserer großen Zeitschriften nach Wien — wegen der Berufung des außerordentlich verdienstvollen, bisherigen effektiven Redakteurs Dr. Radó nach New York — fanden mehrere Gesamtsitzungen der Mitarbeiter der Redaktion und des Verlages unter Leitung Prof. Freuds statt. Die Redaktion der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" ist von dem Herausgeber den Kollegen Federn und Hartmann anvertraut worden, die der „Imago" den Kollegen Wälder und Kris, alle vier in Wien.

Die Gesamteinstellung der jüngeren wissenschaftlich gebildeten, an der Analyse irgendwie interessierten Generation ist nicht einheitlich. Interessant ist, daß der Zwiespalt dieser Einstellung weitgehend dem Zwiespalt der Weltanschauungen und politischen Richtungen entsprechen soll.

Aus allem ist ersichtlich, daß auch unsere Wiener Kollegen nach wie vor mitten im Kampf um die Psychoanalyse stehen. In den letzten Jahren haben auch sie versucht, diesen Kampf auf gemeinsamem Boden mit Vertretern der verschiedensten Richtungen durch Diskussionen und Vorträge durchzuführen. Es wird Sie alle sehr interessieren zu hören, daß die Erfahrung auch die Wiener Vereinigung belehrt hat, daß es auch heute noch der richtige Weg bleibt, die Wissenschaft der Analyse in Theorie und Praxis mit allen Kräften und allem Verantwortungsgefühl vor uns selbst zu fördern, und es der Zeit zu überlassen, wie viele jenseits unserer Kreise allmählich von den Erkenntnissen Freuds und seiner Schule anzunehmen und in die Tat umzusetzen imstande sind.

Erlauben Sie mir nun, jetzt etwas über Länder zu berichten, in denen es seit längerer Zeit schon ein lebhafteres Interesse für die Analyse gibt, ohne daß es schon zu Gruppenbildungen gekommen ist, respektive wo gerade jetzt erst solche im Entstehen begriffen sind.

In Polen besteht dank den Bemühungen der beiden Kollegen Bychowsky und Bornsztain seit Jahren ein reges Interesse für die Analyse. Eine Reihe von klinischen Lehrern der Psychiatrie und Neurologie stehen ihr wohlwollend gegenüber. In zahlreichen Vorträgen werden an klinischem Material psychoanalytische Gesichtspunkte demonstriert. Auf den psychiatrischen Kongressen 1927, 1928, 1929 und 1931 wurden wichtige analytische Themen, zum Teil in Hauptreferaten, behandelt. Von klinischen Zentren, die für die Psychoanalyse seit Jahren kämpfen, seien die Psychiatrischen Abteilungen des Jüdischen Krankenhauses in Warschau zu nennen. Um den Leiter der einen, Dr. Bornsztain, gruppieren sich einige Psychoanalytiker. Die periodische medizinische und psychologische Presse hat in den letzten Jahren eine Reihe von psychoanalytischen Publikationen gebracht, auch eine Reihe von psychoanalytischen Büchern ist erschienen, von den beiden wiederholt genannten Kollegen und einigen anderen verfaßt, über theoretische, klinische und angewandte psychoanalytische Probleme. In pädagogischen Kreisen ist das Interesse für die Psychoanalyse ebenfalls recht lebhaft.

In den skandinavischen Ländern, vor allem in Norwegen, ist es, nach den Mitteilungen meines Gewährsmannes, des Prof. H. Schjelderup, in den letzten Jahren sehr lebhaft um die Psychoanalyse geworden, und sie wird lebhaft diskutiert, erregt, wie überall, wo sie Mode wird, Widerstand, ebenso bei Theologen wie bei Medizinern; auf der anderen Seite aber beginnt eine zunehmende Anzahl von Menschen sich intensiver mit ihr zu beschäftigen. Charakteristisch für Norwegen z. B. ist, daß es weniger Mediziner sind bis jetzt, die sich für die Analyse interessieren — obgleich vor fast einem

Vierteljahrhundert schon, wie Freud in seiner „Geschichte der Psychoanalytischen Bewegung" erwähnt, der Universitätsspsychiater in Oslo, Prof. Vogt, ein großes Interesse für die Psychoanalyse gezeigt habe — sondern im wesentlichen Dichter, Literaturkritiker und Fachpsychologen. Von großer Wichtigkeit für die Stellung der Psychoanalyse in der Öffentlichkeit sei es, daß die Psychoanalyse an der Universität Oslo anerkannt und vertreten ist, indem Prof. Harald Schjelderup, der ebenso wie sein Bruder, der bekannte Theologe Dr. Kristian Schjelderup, Mitglied der Schweizer Psychoanalytischen Vereinigung ist, die Professur für Psychologie und die Leitung des Psychologischen Instituts an der Universität Oslo innehat. Ein ausgezeichnetes Lehrbuch der Psychologie des Prof. Schjelderup, das sehr glücklich auch in die Psychoanalyse einführt, ist unter den Studenten in Norwegen sehr verbreitet. Das Lehramt für Religionspsychologie an dem sehr angesehenen Michelsen-Institut in Bergen ist mit einem Psychoanalytiker besetzt worden, dem genannten Dr. Kristian Schjelderup, der auch eine vielgelesene Zeitschrift „Das freie Wort" herausgibt, und das bisher dritte norwegische Mitglied der I. P. V., Dr. O. Raknes, hatte in akademischen Kreisen einen angesehenen Namen als Wissenschaftler (Religionspsychologe) bereits, bevor er in sehr erfolgreicher Weise seine analytische Ausbildung (in Berlin) durchgemacht hat.

Unsere norwegischen Kollegen halten es für charakteristisch für die psychoanalytische Bewegung in Norwegen, daß sie zwar wesentlich von Laien vertreten sei, dafür akademisch aber weniger isoliert und in näherer Beziehung zur übrigen wissenschaftlichen Psychologie stehe, als in den meisten anderen Ländern. Übrigens zeigt sich in der allerletzten Zeit auch unter Medizinern ein wachsendes Interesse und Verständnis für die Psychoanalyse, und so sind in den letzten beiden Jahren mehrere jüngere norwegische Ärzte an unser Berliner Institut gekommen, um Psychoanalyse zu erlernen.

In Italien, das in unseren Kollegen Prof. Levy-Bianchini und Dr. Edoardo Weiß seit langem zwei wohlbekannte Analytiker besitzt, hat sich das ebenfalls lange bestehende Interesse für die Psychoanalyse in der letzten Zeit insofern konzentriert, als unter dem Ehrenvorsitz von Levy-Bianchini und der Leitung des nach Rom übersiedelten Dr. Weiß eine Reihe von namhaften Psychiatern und Ärzten sich zu einem engeren Kreis zusammengeschlossen haben, zu der „Italienischen Gesellschaft für Psychoanalyse". Ich freue mich sehr, daß wir auf diesem Kongreß das Vergnügen haben, neben unseren beiden wiederholt genannten Kollegen auch einige unserer neuen italienischen psychoanalytischen Freunde zu begrüßen, und ich hoffe, daß wir auch bald die neue italienische Gesellschaft, nach ihrer weiteren Konsolidierung, in den Verband der Zweigvereinigungen unserer I. P. V. werden aufnehmen können. Die neue italienische Psychoanalytische Gesellschaft gibt seit diesem Jahre auch ein eigenes Journal heraus, die „Rivista Italiana di Psicoanalisi".

Spanien, das seit vielen Jahren bereits durch die hingebungsvolle Arbeit eines einzigen, des Herrn Ballesteros y de Torres in Madrid, eine Gesamtausgabe der Werke Freuds besitzt, hat nun auch den ersten ausübenden Psychoanalytiker, unseren jungen Kollegen Dr. Garma aus Madrid, der, in Berlin ausgebildet, Mitglied unserer Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft, jetzt auch hier in unserer Mitte weilt.

Ich habe bereits in Oxford Gelegenheit gehabt, dem Kongreß zu berichten, daß seit 1927 in Brasilien eine Gruppe von Universitätsprofessoren und Ärzten sich sehr eingehend mit der Psychoanalyse beschäftigt. Es begann in Sao Paulo, Rio de Janeiro folgte dann, und wir haben in Heft 3 des vorigen Jahrgangs der „Internationalen Zeitschrift für Psychoanalyse" einen von Prof. Porto Carrero aus Rio stammenden Bericht über die sehr rege Tätigkeit dieser Gruppe veröffentlicht.

Seit dem Oxforder Kongreß, bald nach ihm, hat ein neues Land in sehr energischer

Weise sein Interesse an der Psychoanalyse dokumentiert, und zwar Japan. In Tokyo hat sich unter der Leitung des psychologischen Sachverständigen der Japanischen Eisenbahnen, K. Y. Yabe, ein Kreis von ernsthaft sich mit der Analyse beschäftigenden Ärzten, Psychologen und Dichtern konstituiert, der Übersetzungen der Werke Freuds veranstaltet, sehr eingehend miteinander Theorie und Technik der Psychoanalyse studiert und sehr bemüht ist, Kenntnis der Psychoanalyse auch in der Öffentlichkeit zu verbreiten durch Kurse und die erwähnte Freud-Übersetzung. Herr Yabe ist im Frühjahr 1930 mehrere Monate in England gewesen, um mit Jones zusammen zu arbeiten, hat Referent dann auch in Berlin besucht und hat auf mich, ebenso wie auch auf Jones einen außerordentlich guten und überzeugenden Eindruck gemacht. Er hat in ganz staunenmachender Weise gezeigt, wie man auch so ganz fern von den größeren Zentren psychoanalytischer Tätigkeit und Forschung sich ein überraschend hohes Maß von psychoanalytischem Wissen und Können erwerben kann. Im Einverständnis mit den anderen Mitgliedern des Zentralvorstandes habe ich die aus sieben Mitgliedern bestehende Psychoanalytische Japanische Gesellschaft in Tokyo provisorisch in den Verband der I. P. V. aufgenommen, und werde der heutigen geschäftlichen Sitzung vorschlagen, diese Aufnahme offiziell zu vollziehen.

Gleich nachdem wir die japanische Gruppe aufgenommen haben, hat sich in Japan eine zweite Gruppe gebildet, die sich um einen Prof. Marui der Psychiatrischen Klinik an der Kaiserlichen Tohoku-Universität in Sendai gruppiert, die ebenfalls um Aufnahme bat. Da wir von dieser Gruppe weiter nichts wußten, haben wir, entsprechend den Bestimmungen der Statuten der I. P. V., daß die Zweigvereinigungen, mit der einzigen bisherigen Ausnahme in den Vereinigten Staaten, nationale Vereinigungen sind, den Prof. Marui ersucht, sich und seinen Kreis zunächst der Gruppe in Tokyo anzuschließen. Wir haben seither nichts weiter darüber gehört, wissen nur, daß dieser Kreis ebenfalls eine Übersetzung der Werke Freuds ins Japanische veranstaltet, so daß dort parallel zwei Übersetzungen erscheinen.

Ich darf meinen Bericht nicht schließen, ohne auch die persönlichen Verluste zu erwähnen, die unsere Vereinigung erlitten hat, seitdem wir das letzte Mal zusammengewesen sind. Abgänge durch den Tod haben wir in dieser Berichtsperiode, die länger war als gewöhnlich, glücklicherweise weniger als sonst zu verzeichnen. Nur die Berliner Vereinigung hat zwei sehr geschätzte ältere Mitglieder verloren. Frau Dr. Josine Müller, die Weihnachten 1930 auf einer Reise nach den Kanarischen Inseln verstorben ist, und Dr. Hans Liebermann, der Ostern 1931 starb. Er war auch vielen Mitgliedern unserer Schwestervereinigungen gut bekannt; und die Schweizer Vereinigung beklagt den Tod des sehr begabten Dr. Nunberg, eines jüngeren Bruders unseres sehr geschätzten Kollegen Hermann Nunberg. Wollen Sie, bitte, das Gedächtnis der Verstorbenen durch Aufstehen ehren.

Die Kongreßteilnehmer kommen der Aufforderung des Vorsitzenden nach.

III. Bericht des Zentralkassenwarts

Der Zentralkassenwart, J. H. W. van Ophuijsen, erteilt folgenden Bericht:

Während der Besitz der I. P. V. am 1. September 1929 RM 3836·97 betrug, wies das Kassabuch am 1. September d. J. einen Besitz auf von RM 4159·62 und HFl. 988·08, nach Umrechnung also zusammen ungefähr RM 5806·42. Da jedoch noch einige Rechnungen zu bezahlen sind, kann man annehmen, daß der Besitz der I. P. V. in diesen Jahren ungefähr gleich geblieben ist. Die Einnahmen flossen aus denselben Quellen wie in den vergangenen Jahren und die Ausgaben galten denselben Gegenständen, so daß ich diesmal darauf

verzichtet habe, der Versammlung einen Auszug aus dem Kassabuch vorzulegen, um so mehr, da die Buchführung doch nicht kontrolliert wird!

Auf zwei Punkte möchte ich die Aufmerksamkeit lenken. Erstens darauf, daß ich in höherem Maße als zuvor in einigen Fällen Schwierigkeiten gehabt habe beim Einkassieren der Jahresbeiträge. Mehrere Male waren die äußeren Verhältnisse daran schuld (z. B. Wien, Ungarn), in einem Falle ist das Nichtbezahlen unerklärlich (Frankreich)*. Damit in der Folge solche Schwierigkeiten vermieden werden, wird der Versammlung nachher der Vorschlag gemacht werden, den betreffenden Artikel der Statuten in dem Sinne umzuändern, daß der Jahresbeitrag der Gruppen vor einem bestimmten Datum bezahlt sein muß.

Der zweite, wichtigere Punkt ist der, daß wir zurzeit über unseren Besitz in Mark nicht verfügen können. Aus den vorigen Berichten dürfte der Versammlung bekannt sein, daß wir unseren ganzen Besitz dem Verlag als Darlehen zur Verfügung gestellt haben. Als nun der Verlag in die schlimme Lage geraten war, welche Ihnen aus den Mitteilungen von Prof. Freud und Dr. Eitingon bekanntgeworden ist und der Konkurs nur vermieden werden konnte durch eine Vereinbarung mit einer Gruppe von Gläubigern, wobei eine andere Gruppe von Gläubigern zugunsten der ersten Gruppe einstweilen ihre Ansprüche zurückzustellen sich bereit erklärte, hat sich der Vorstand der I. P. V. dazu entschlossen, die I. P. V. zur zweiten Gruppe zu rechnen und eine dementsprechende Vereinbarung getroffen. Der Vorstand hofft, daß die Versammlung diesen Schritt genehmigen wird. Selbstverständlich sind dem Verlag nachher keine Beträge geliehen worden. Die Erfahrung der letzten Jahre rechtfertigt die Vermutung, daß es möglich sein wird, mit demselben Jahresbeitrag auszukommen. Indem ich der Versammlung vorschlage, den Betrag des Jahresbeitrages auf RM 8·— oder dessen Gegenwert festzusetzen, möchte ich zu gleicher Zeit eine Ausnahme für die britische Gruppe vorschlagen, nämlich, daß deren Beitrag auf 8 s belassen wird. Diesem Verlust steht gegenüber, daß wir für das englische Korrespondenzblatt weniger zu bezahlen haben.

Der Bericht wird einhellig genehmigt und die Mitgliedsbeiträge werden nach dem Vorschlage J. H. W. van Ophuijsens festgesetzt.

IV. Berichte der Zweigvereinigungen.

Herr Dr. Edoardo Weiß ergänzt den Bericht, den der Vorsitzende bereits über die Wirksamkeit der italienischen Gruppe erteilt hat, und betont insbesondere, daß die zahlreiche Literatur, die sich in Italien mit Psychoanalyse befaßt, zum größten Teil eine feindselige Stellungnahme gegen die Psychoanalyse einnimt. Er weist auf die Verdienste hin, die sich Herr Dr. Perotti bei Erscheinen der neuen „Rivista" erworben hat, und teilt mit, daß diese Zeitung bereits einen kleinen Abonnentenkreis von insgesamt 100 Personen besitzt. Weiters führt er aus, daß die italienische Gruppe sich derzeit an die strengen Aufnahmsbedingungen der anderen Gruppen nicht halten kann, sondern wesentlich liberalere Aufnahmsbedingungen gelten lassen muß.

Herr Dr. Garma ergänzt den Bericht des Vorsitzenden über Spanien und führt aus, wie er selbst durch Abhaltung von Vorträgen in Ärzten- und Lehrerkreisen

* Anmerkung bei der Korrektur: Es freut mich, mitteilen zu können, daß diese Bemerkung sich kürzlich als unrichtig erwiesen hat. Es wurde klargestellt, daß die französische Gruppe ihre Beiträge bezahlt hat, aber durch ein bedauerliches, an dritter Stelle unterlaufenes Mißverständnis war der Betrag nicht in meine Hand gelangt. *van Ophuijsen.*

für die Verbreitung der Psychoanalyse in Spanien wirkt. Der geänderte politische Kurs in Spanien sei nach seiner Ansicht für die Verbreitung der Psychoanalyse günstig, so werde unter anderm in Madrid ein Ambulatorium für psychische Hygiene eröffnet, in dessen Rahmen eine Abteilung ausschließlich der Psychotherapie der Neurosen gewidmet sein würde, an welcher Abteilung er selbst eine Sprechstunde abhalten wird. Herr Dr. Garma führt weiter aus, daß die Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung in Spanien dadurch gehemmt sei, daß vorläufig die ganze propagandistische Tätigkeit in den Händen eines Einzigen, nämlich in den seinen liege, und bittet, insbesondere durch Abhalten von Vorträgen ihn in seinen Arbeiten zu unterstützen. (Beifall.)

Der Vorsitzende dankt Herrn Dr. Garma und wünscht ihm Erfolg bei seiner Pioniertätigkeit.

Frau Dr. Alfhild Tamm berichtet über ihre Tätigkeit in Schweden (Stockholm), wo sie die einzige Psychoanalytikerin ist. Im August v. J. haben die in Skandinavien ansässigen Psychoanalytiker eine Arbeitsgemeinschaft für die nordischen Länder gebildet. Während man aus den Kreisen der offiziellen Psychiatrie der Psychoanalyse freundlich begegnet, besteht seitens der führenden Zeitungen ein sehr energischer Widerstand. Frau Dr. Tamm bittet, die nordische Arbeitsgemeinschaft durch Abhalten von Vorträgen zu unterstützen.

Mme. Bonaparte erklärt sich bereit, in nächster Zeit einen Vortrag in Stockholm abzuhalten. (Beifall.)

Der Vorsitzende dankt Frau Dr. Tamm für ihre Bemühungen auf isoliertem Posten.

Dr. Oberndorf berichtet über die Lage der Psychoanalyse in Amerika:

Während der vergangenen drei Jahre hat sich das Interesse an der Psychoanalyse im ganzen Lande merklich erweitert, besonders aber in den Ländern entlang der atlantischen Küste.

Dieses Anwachsen ist als Resultat unablässiger Bemühungen der New Yorker Gruppe zu betrachten, die zwanzig Jahre lang Ausgangspunkt aller Bestrebungen für das ganze Land war.

Im Mai 1930 wurde in Washington der Erste Internationale Kongreß für „Mental Hygiene" abgehalten. Unter den Vortragenden, die eingeladen waren, befanden sich Dr. Radó aus Berlin, Dr. Helene Deutsch aus Wien, Dr. van Ophuijsen aus dem Haag, Miß Mary Chadwick aus London, Dr. Alexander aus Berlin, Dr. Pfister aus Zürich und Dr. Rank aus Paris, alle wohlbekannte Anhänger der Psychoanalyse. Ebenso nahmen viele amerikanische Psychoanalytiker an der Tagung in Washington teil.

Im Herbst 1930 ging Dr. Alexander als Professor der Psychoanalyse an die Universität Chicago. Auch Dr. Ernst Jones besuchte Amerika, um der Eröffnung des „New York State Psychiatric Institute" beizuwohnen, wo er eine bemerkenswerte Begrüßungsansprache hielt.

Im Herbst 1931 wurde Dr. Radó als *Visiting Director* an das in diesem Jahre eröffnete „New York Psychoanalytic Institute" nach New York berufen. Das „New York Psychoanalytic Institute" ist im Herzen der Stadt und in einem Gebäude untergebracht, das für dessen Zwecke ganz besonders geeignet erscheint.

Das Jahr schloß mit einem Erfolg, wie ihn die „New York Psychoanalytic Society" in

ihren kühnsten Hoffnungen nicht erwartet hätte. Das Institut stand unter der geschickten und gewissenhaften Leitung Dr. Monroe A. Meyers.

Im vergangenen Jahre wurde eine Reihe von Kursen für Lehrer, Fürsorger und verwandte Berufe abgehalten, weiters Seminare für Fürsorger, ein Kurs für Ärzte und eine Reihe populärer Vorträge über Themen, die für das allgemeine Publikum von Interesse sind. Dr. Radó veranstaltete auch eine Anzahl von Seminarabenden für Mitglieder der Society, die gut besucht waren. Ebenso leiteten Dr. Radó und Mitglieder der New Yorker Gruppe eine Anzahl von Lehranalysen und von Kontrollanalysen. Die Kandidaten wurden für gut geeignet gefunden. Die „New York Psychoanalytic Society", die unabhängig von dem „New York Psychoanalytic Institute" besteht, setzt die Kontrolle aller Einrichtungen fort, die für die Mitglieder der Society und für die Kandidaten bestimmt sind. Die Kurse für Nichtmitglieder hingegen stehen unter der Leitung des „Institute".

Über die zwei oben erwähnten Institutionen hinaus haben wir eine dritte unter dem Namen „American Psychoanalytic Foundation" geschaffen, welche die Nachfolge des „Educational Trust Fond" der „New York Psychoanalytic Society" antrat. Das Direktorium besteht aus drei Mitgliedern der Society und zwei Laien. Die „Foundation" ist ein finanzielle Holding-Gesellschaft, zurzeit mit einem Kapital von über $ 50.000. Ihr Zweck ist, das Studium der Psychoanalyse in Amerika zu fördern. Gegenwärtig werden alle Einkünfte aus dem Kapital dazu verwendet, um das „New York Psychoanalytic Institute" bei seinen Unternehmungen zu unterstützen.

Gerade vor unserer Abreise von New York erhielten wir die Nachricht, daß die oberste New Yorker Unterrichtsbehörde, das „New York State Board of Education", dem „New York Psychoanalytic Institute" die Eigenschaft einer Unterrichtsanstalt zugesprochen hat. Wir betrachten dies als große Errungenschaft, weil dadurch Pädagogen und andere Besucher der Institutskurse eine Berufsberechtigung erhalten, wie sie sonst von den Universitäten erteilt wird. Das Institut hat keine Patientenbehandlung mittels Psychoanalyse unternommen, weil hierfür eine gesonderte Bewilligung des „New York State Board of Charities" eingeholt werden muß. Bisher hat sich diese Behörde aber geweigert, solche Bewilligungen an Privatkliniken zu erteilen, weil sie der Ansicht ist, daß diese sich an große Spitäler anschließen sollen, wo die Beaufsichtigung dauernder und straffer durchgeführt werden kann. Die günstigen Ergebnisse in New York sind, wie wir glauben, in nicht geringem Ausmaße den freundschaftlichen Beziehungen zuzuschreiben, die wir zu Ärztekreisen unterhalten. Seit geraumer Zeit betrachten die meisten jungen Ärzte, die sich in Psychiatrie spezialisieren wollen, ihre eigene Analyse als Teil ihrer Spezialausbildung.

Überdies hat das „Committee on Medical Education" der „New York Academy of Medicine" eine der einflußreichsten medizinischen Organisationen des Landes, seinen Namen für Ärztekurse geliehen, die unter der Aufsicht des „New York Psychoanalytic Institute" abgehalten werden.

Bei dem Anwachsen der Washington-Baltimore-Gruppe, bei der Bildung einer solchen Gruppe in Philadelphia, die sich zweifellos durch Dr. Nunbergs Wirken in dieser Stadt ergeben wird, bei der Aktivität in Boston, wo jetzt mehrere geschickte und kompetente Analytiker tätig sind, und bei der Stärke der New Yorker Gruppe ist es sehr wahrscheinlich, daß in den allernächsten Jahren diese Teile Amerikas, wenigstens ziffernmäßig, das größte Zentrum psychoanalytischen Interesses in der Welt sein werden.

V. Berichte der psychoanalytischen Institute.

Frau Dr. Helene Deutsch berichtet über das „Wiener psychoanalytische Institut" wie folgt:

Das Wiener Psychoanalytische Lehrinstitut hatte in der seit dem letzten Kongreß verflossenen Arbeitsperiode ein gutes Stück produktiver Tätigkeit im Sinne der Vertiefung und Konsolidierung geleistet.

Die Zahl der Schüler ist in stetem Anwachsen, wenn sich die Auswirkung der finanziellen Weltsituation auch hier fühlbar machen muß. Merkwürdiger- aber für uns klarerweise litten unter den materiellen Schwierigkeiten vor allem die einheimischen Kandidaten. Die studierende Jugend Wiens drängt immer intensiver zur Ausbildung in der Psychoanalyse, und zwar ebenso die medizinische wie auch die von den philosophischen Universitätsfächern (Psychologie und Pädagogik); der Unmöglichkeit vieler Kandidaten, die Kosten der Ausbildung selbst zu tragen, wurde früher zum Teil vom Lehrinstitute Rechnung getragen, indem bescheidene Stipendien zugeteilt werden konnten. In der letzten Zeit versagten unsere Mittel und diese Tatsache bringt es mit sich, daß die Schülerschaft des Lehrinstituts sich zum größten Teil aus Ausländern rekrutiert.

Wir hatten im letzten Semester 22 Ausbildungskandidaten, und zwar 12 Amerikaner, 2 Deutsche und 8 Wiener. Die Mehrzahl der Kandidaten rekrutierte sich aus Ärzten (12); die übrigen 10 Kandidaten waren Pädagogen (5) und Laienanalytiker (5) — die letzteren fast durchweg mit philosophischer Vorbildung.

Besondere Anziehungskraft scheint das Wiener Lehrinstitut auf die pädagogisch interessierten Kreise auszuüben, was sich aus den zahlreichen Anmeldungen zu den Kursen und Seminaren ergibt. Dieses Interesse betrifft vor allem Kindergärtnerinnen, aber auch Mittelschullehrer. Der Wunsch vieler am Kleinkinde interessierter Personen, sich zu Kinderanalytikern auszubilden, kann leider auch aus oben erwähnten Gründen nur in geringem Ausmaße befriedigt werden.

Die oben erwähnte Anziehungskraft des Wiener Lehrinstituts ergibt sich aus der besonders erfolgreichen Tätigkeit von Anna Freud und A. Aichhorn. Die von dem letzteren für Fürsorger und Pädagogen abgehaltenen Kurse erfreuen sich in den interessierten Kreisen einer außerordentlichen Popularität und haben bereits den Charakter einer konsequent durchgeführten Ausbildung angenommen. Eine gute Unterstützung dieser Leistung bringen die Kurse von W. Hoffer und die Arbeit in den Elternberatungsstellen sowie Schülerberatungen in den Mittelschulen von Editha Sterba.

Beim Überblicken unserer Semestralprogramme fällt es auf, daß neben der pädagogischen Richtung der technisch-therapeutischen Ausbildung viel Sorgfalt zugewendet wird. Neben dem seit Jahren bestehenden technischen Seminar (Dr. Hitschmann) haben wir am Wiener Lehrinstitut die sogenannten Kontrollseminare (Dr. Helene Deutsch) eingeführt, in denen einmal wöchentlich ständig vier Referate von den Kandidaten abgehalten werden, die genau so wie in den üblichen Kontrollstunden *in continuo* den Gang einer Analyse mit allen ihren Fehlern und Problemen darstellen. Die Hörerschaft beteiligt sich an der Diskussion über die analytische Situation. Diese Seminarabende haben sich als didaktisch besonders wertvoll erwiesen.

Die theoretische Ausbildung hatte sich nicht auf die obligatorischen Kurse beschränkt, sondern hatte auch in seminaristischen Arbeiten ihre erfolgreichste Form gefunden. (Dr. Hartmann, Dr. E. Bibring.)

Propagatorisch hatte sich das das Lehrinstitut in der vergangenen Arbeitsperiode weniger an das weitere Publikum gewendet und sich nur an wissenschaftlich interessierten Organisationen betätigt. Im psychologischen Medizinerverein wurden ständige Kurse abgehalten (Dr. Jekels).

Die Geisteswissenschaften waren — wie die Kursprogramme ergeben — leider sehr stiefmütterlich behandelt. Die Inanspruchnahme durch die oben besprochenen Arbeitsrichtungen hatte nicht genügend Zeit und Interesse für die Geisteswissenschaften übrig gelassen. Waren

wir doch andauernd — bei sehr reger Teilnahme — fünf Abende der Woche beschäfti
Daraus ergibt sich nur ein Vorwurf, den man dem Wiener Lehrinstitut machen kann: W
arbeiten zu viel!

Herr Dr. Max Eitingon berichtet über das „Berliner psychoanalytisc
Institut" wie folgt:

In unserem Bericht über das Berliner Psychoanalytische Institut können wir uns diesm
besonders kurz fassen, da nach dem letzten Kongreß der Zehnjahresbericht unseres Institu
erschienen ist, eine sehr eingehende Schilderung seines Wesens und seiner Leistung geben

Die Tätigkeit an unserem Institut war in der Berichtsperiode eine recht intensive. D
Zahl der Ausbildungskandidaten schwankte zwischen 25 und 30. Der größere Teil befand si
in der zweiten Hälfte der Ausbildung. Eine Reihe von ausländischen amerikanischen u
norwegischen ärztlich und nichtärztlich vorgebildeten Kandidaten befand sich darunter. D
Zugang von neuen Kandidaten war etwas geringer, vor allem der aus ärztlichen Kreisen.

Die Zahl der durchgeführten therapeutischen Analysen war, wie vorauszusehen wa
etwas gesunken, auf 90. Die schwere wirtschaftliche Not machte es vielen Kollegen se
schwer, die Bestimmung, nach welcher jedes Vereinsmitglied einen Fall für das Institu
gratis zu behandeln hat, auch wirklich zu erfüllen. Die wirtschaftliche Not hat auch weit
die materielle Grundlage unseres Instituts, das ja nie sichernde Fonds besaß, in ernstlichst
Weise angenagt, ja in Frage gestellt. Nur durch die Schaffung eines kleinen Kreises vo
Freunden des Berliner Psychoanalytischen Instituts konnten wir den unmittelbaren Gefahre
begegnen, und mit Hilfe der Unterstützung dieser Freunde hoffen wir auch, unser Berlin
Institut, das ja sicherlich aller Opfer wert ist — sind wir doch überzeugt, daß die Zukun
der Psychoanalyse sich hier auf unserem alten Kontinent entscheiden wird, und sie häng
wohl im wesentlichen von unseren Institutionen ab, in denen wir sie bewahren, förder
und verbreiten — in bessere Zeiten hinübertragen zu können.

Herr Dr. Edward Glover berichtet über das „Institute of Psycho
Analysis in London" wie folgt:

Ich beabsichtige nicht, Ihre Zeit mit statistischen Daten über unsere Tätigkeit in An
spruch zu nehmen, soweit die Lehrtätigkeit für die Analysen Erwachsener in Frage komm
Auf diesem Gebiet unserer Tätigkeit verlief alles mehr oder weniger in hergebrachter Wei
und ohne besondere Ereignisse. Wir haben uns selbstverständlich redlich bemüht, unse
Niveau zu heben, und zwar nicht nur in bezug auf die Lehrtätigkeit, sondern auch i
bezug auf die Auswahl der Kandidaten. Gleichzeitig versuchten wir zu vermeiden, ei
wirklichkeitsfremdes Unterrichtssystem auszubauen. Ferner haben wir untersucht, inwiewe
die Methoden der Kontrollanalyse sich in feste Normen legen lassen.

Eine bestimmte Seite der Beziehungen zwischen Psychoanalyse und allgemeiner Medizi
verdient vielleicht besonderes Interesse. Wir finden, daß die jungen Psychiater des Lande
eine stärkere Zuwendung zur Psychoanalyse zeigen. Wir erhalten zahlreiche Anfragen vo
Ärzten mit psychiatrischer Schulung oder solchen, die beabsichtigen, sich in Psychiatrie z
spezialisieren; viele von diesen fühlen sich verletzt, wenn sie erfahren, daß es uns un
möglich ist, etwas für sie zu tun, außer, wenn sie sich verpflichten, sich dem üblichen
vollständigen Lehrgang zu unterwerfen. Jedenfalls — diese Tatsache kann man konsta
tieren — hat sich bei der jüngeren psychiatrischen Schule die Überzeugung durchgerungen
daß eine gewisse Kenntnis der Psychoanalyse ein unumgänglich notwendiger Teil de
psychiatrischen Ausbildung geworden ist.

Ich gehe nunmehr auf einen neuen Zweig unserer Tätigkeit über und berichte, daß wi
vor zwei Jahren eine Abteilung für Kinderanalyse eingerichtet haben und daß wir in
Zusammenhang mit dieser Abteilung die systematische Unterweisung von Schülern i

diesem Spezialfach organisieren. Die Abteilung hat natürlich heute noch geringen Umfang, wir sind jedoch daran, sie zu vergrößern. In technischen Einzelheiten durch Frau Klein und Miß Searl sachverständig beraten, haben wir einen besonderen Raum für diesen Zweck ausgestattet, in welchem während der letzten zwei Jahre etwa acht Fälle täglich behandelt wurden. Ich muß an dieser Stelle die energische und hingebungsvolle Arbeit von Dr. Schmideberg erwähnen, ohne deren Mitarbeit die Zahl der behandelten Fälle bedeutend geringer gewesen wäre. Wir haben für den Unterricht in diesem Spezialzweig zwei Kontrollanalytiker eingesetzt, und zwar Frau Klein und Miß Searl. Wir erhielten Ansuchen um Zulassung zur Ausbildung, und tatsächlich sind bereits zwei Kandidaten als qualifiziert für die Ausübung der Kinderanalyse approbiert worden.

Natürlicherweise haben wir uns mit diesem Plan schon vorher längere Zeit beschäftigt und haben gewisse Vorsichtsmaßregeln in bezug auf die Zulassung von Kandidaten getroffen. Insbesondere haben wir alle unsere Mitglieder und außerordentlichen Mitglieder darauf aufmerksam gemacht, daß die Ausbildung in der Kinderanalyse in Zukunft ein spezieller Zweig der Ausbildung sein werde und daß alle Ansuchen für Zulassung von ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern auf dem üblichen Wege gemacht werden müssen. Hiermit bringen wir die allgemeine Regel zur Anwendung, daß die Zulassung zur Ausbildung in der Kinderanalyse zum mindesten denselben Bedingungen unterworfen ist wie die Zulassung zur Erwachsenenanalyse.

Mehr als das, dies hat zur Voraussetzung, daß eine vollständige Ausbildung in der Erwachsenenanalyse der Zulassung zur Ausbildung in der Kinderanalyse vorausgehen muß. Ich freue mich, mitteilen zu können, daß wir bereits Ansuchen um Zulassung zur Kinderanalyse von Mitgliedern unserer Vereinigung besitzen, die sich bereits seit mehreren Jahren mit der Erwachsenenanalyse beschäftigen.

Herr Dr. Michael Bálint berichtet über das Lehrinstitut der „Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület", Budapest, wie folgt:

In Ungarn kann ein öffentliches Ambulatorium erst nach Einholen eines ministeriellen Erlasses seine Arbeit beginnen, Es war ein langer und in manchen Momenten hoffnungslos erscheinender Weg, bis wir diese Erlaubnis erkämpft hatten. Selbstverständlich waren die erbittertsten Gegner die Ärzte, besonders die Universitätsprofessoren von Budapest, und vor allen die Psychiater. Der Zufall brachte es mit sich, daß zur selben Zeit unsere Satzungen amtlich revidiert werden mußten. Auch hier entbrannte ein Kampf der amtlichen Stellen, welcher hier gegen die Laienmitglieder, die ausgeschlossen werden sollten, gerichtet war. Auch dieser Kampf fand ein für uns annehmbares Ende, gemäß des Erlasses des Ministeriums können wir künftighin alle akademisch Gebildeten als ordentliche, Nichtakademiker dagegen nur als außerordentliche Mitglieder aufnehmen; von Ärzten oder Laien ist kein Wort in den Satzungen.

So haben wir unsere Arbeit im vorigen Sommer begonnen. Es stehen uns ein Wartezimmer und vier Arbeitszimmer zur Verfügung. Der eine Raum ist groß genug, um etwa 60 bis 70 Personen bequem fassen zu können; diesen benützen wir als Vortrags-, Vereins- und Bibliotheksaal.

Unser Institut hat jetzt sein erstes Jahr hinter sich. Seine Organisation hat also die Kinderkrankheiten schon absolviert. Da wir wußten, daß von außen das Institut keine Hilfe erwarten kann, so war es uns vom ersten Augenblick klar, daß wir das Institut aus eigener Kraft aufbauen und erhalten müssen. So haben wir schon seit Jahren Fonds gesammelt, woraus die Einrichtungskosten bestritten wurden. Zur Deckung der laufenden Ausgaben haben wir uns besteuert. Trotzdem diese freiwilligen Beiträge beträchtlich hoch sind, fanden sich nur vereinzelte Mitglieder, die sich nicht verpflichtet hätten, sie zu zahlen. Weitere Einnahmen fließen aus den Kursbeiträgen und aus den nicht nennenswerten Spenden

der Patienten. Der Empfang eines Honorars für die Behandlung ist dem Institut v Ministerium untersagt.

Auch für die therapeutische Arbeit mußte die Vereinigung aufkommen. So war es un Bestreben, möglichst alle Mitglieder zur Mitarbeit zu bewegen. Dies ist uns auch größt teils gelungen. Erstens besteht die Verpflichtung für jeden therapeutisch arbeitenden Ana tiker, mindestens wöchentlich sechs Stunden seiner Arbeitszeit dem Institut zur Verfügu zu stellen. Außerdem haben wir sechs ordinierende Ärzte, unter ihnen Ferenczi Leiter des Instituts, und zwei Assistenten, welche die Aufnahme der neuen Patienten sorgen. Die Kinderberatungsstelle wird von weiteren drei Mitgliedern der Vereinigung leitet. Außerdem arbeiten bereits vier Ausbildungskandidaten im Institut.

In dem ersten Jahre, vom 1. Juli 1931 bis 30. Juni 1932, haben sich 222 Erwachs gemeldet. Es laufen momentan im Institut etwa 25 Analysen mit zirka 110 Wochenstund Leider sind weitere 60 bis 70 Patienten für die Behandlung vorgemerkt. Wir waren einen solchen Andrang vorbereitet und haben auf Ferenczis Vorschlag ein Verfahren e geführt, das diesem Übel etwas abzuhelfen vermag. Wir nennen es unter uns „analytis Besprechungen". Ein- bis zweimal pro Woche lassen wir die Betreffenden in die Ordinati kommen und besprechen mit ihnen, was sie vorbringen. Die auf einen Patienten entfalle Zeit ist etwa eine Viertel- bis eine halbe Stunde. Diese Arbeitsweise hat sicher ihre Grenz Nicht jeder Fall und nicht jeder Mensch ist dafür geeignet. Aber soviel können wir sch auf Grund der bisherigen Erfahrungen sagen, daß in entsprechenden Fällen brauchb Resultate mit ihr zu erzielen sind. Auf solche Weise werden momentan etwa weit 20 Fälle behandelt.

Wir haben eine Kinderberatungsstelle. Hier haben sich 43 Minderjährige gemeldet, Zahl der laufenden Analysen beträgt etwa 15.

Im Institut werden auch alle Kurse und die meisten Seminare des Unterrichtsausschu abgehalten. Die Vorträge sind gut besucht — an manchen Abenden erwies sich unser V tragssaal, der etwa 60 bis 70 Hörer fassen kann, zu klein. Es läßt sich feststellen, daß der Eröffnung des Instituts unser Publikum sich vermehrt hat und immer mehr Ärzte darunter befinden. Ein Institut übt zweifellos eine ziemliche Anziehungskraft auf die me zinische Mentalität aus. Wir sind jetzt bestrebt, den Ausbildungsgang systematisch auszu stalten, so daß die Vorträge und Seminare periodisch alle wichtigeren Gebiete der Psyc analyse behandeln.

Auch über die am wenigsten auffallende, aber wichtigste Arbeit muß ich eini berichten. Es ist die eigentliche Ausbildung, die Lehranalyse. Jetzt haben wir 18 Kandidat Sechs unter ihnen arbeiten schon therapeutisch, unter Kontrolle. Und so können wir nicht sehr ferner Zukunft einen weiteren Zuwachs an Arbeitskräften sowohl für die V einigung als auch für das Institut erwarten.

Der Vorsitzende dankt den Referenten für das große Maß an geleisteter p tiver Arbeit.

VI. Bericht des Oxforder Komitees

Herr Dr. Jones trägt den Bericht des auf dem Oxforder Kongreß eingesetz Komitees über die Richtlinien für die Zulassung und Ausb dung von Kandidaten vor (siehe das Protokoll der Sitzung der Int nationalen Unterrichtskommission, S. 255).

Herr Dr. Jones stellt den Antrag auf Annahme des Berichtes.

Über Antrag von Herrn Dr. Sandor Radó wird der Bericht *en bloc* ohne D kussion mit Beifall angenommen.

VII. Aufnahme neuer Zweigvereinigungen

Über Antrag des Vorsitzenden wird die japanische Gruppe in die „Internationale Psychoanalytische Vereinigung" aufgenommen.

Bezüglich der Umgestaltung der Zweigvereinigungen in den U. S. A. wird folgende Resolution mit Beifall angenommen:

Der Kongreß nimmt die Umgestaltung der bisherigen „American Psychoanalytic Association" zu einer „Federation of American Psychoanalytic Societies" genehmigend zur Kenntnis. Infolge dieser Umgestaltung scheidet die „American Psychoanalytical Association" (Federation of American Psychoanalytic Societies) aus der Reihe der Zweigvereinigungen der „Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung" aus und wird sich fortab nur als Exekutivverband der jeweils in den Vereinigten Staaten existierenden Zweigvereinigungen der „Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung" betätigen und sich der Aufgabe der Organisation und Überwachung widmen. Die reorganisierte „American Psychoanalytic Association (Federation of American Psychoanalytic Societies") hat ihre Statuten sowie künftige Statutenänderungen zwecks Genehmigung dem Kongreß, resp. dem Zentralverband vorzulegen. Weitere psychoanalytische Vereinigungen in den Vereinigten Staaten können als Zweigvereinigungen in die „Internationale psychoanalytische Vereinigung" nur auf Grund der Empfehlung des Exekutivausschusses der „Amerikanischen psychoanalytischen Vereinigung" (Federation of American Psychoanalytic Societies) aufgenommen werden.

Es werden hierauf die beiden amerikanischen Zweigvereinigungen Chicago und Washington-Baltimore in die „Internationale psychoanalytische Vereinigung" aufgenommen.

Herr Dr. Eitingon dankt Herrn Dr. Brill für seine im Rahmen der amerikanischen Gruppe geleistete große Arbeit und unterbreitet dem Kongreß folgenden Antrag:

Da in den Vereinigten Staaten in der letzten Zeit einige neue Gruppen entstanden sind, die nun in den großen föderativen Verband der psychoanalytischen Gruppen in den Vereinigten Staaten eingetreten sind, möchten wir vorschlagen, daß einem Vertreter, resp. dem Vorsitzenden des Vorstandes, dieser Föderativen Psychoanalytischen Vereinigung der Vereinigten Staaten ein Sitz im Zentralvorstand der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung eingeräumt wird. Wir schlagen deshalb vor, eine dritte Vizepräsidentenstelle zu schaffen, deren Inhaber zum Unterschied von den anderen Vizepräsidenten vom Kongreß ernannt wird. Es würde also jetzt der Vorsitzende der Föderativen Psychoanalytischen Vereinigung der amerikanischen Staaten unser um die Psychoanalyse in Amerika so außerordentlich verdiente Kollege Dr. A. A. Brill sein.

Der Kongreß wählt hierauf unter großem Beifall Herrn Dr. Brill zum dritten Vizepräsidenten.

VIII. Mitteilungen und Anträge der Mitglieder.

Im Namen des Zentralvorstandes beantragt J. H. W. van Ophuijsen folgende Statutenänderungen:

Art. 4. ...; diesbezügliche Anträge sind schriftlich an den Zentralvorstand der I. P. V. zu richten. Ausgeschlossen aus den Statuten der Zweigvereinigungen sind Bestimmungen, die den Statuten der I. P. V. widersprechen. Die Zweigvereinigungen haben eventuelle Statutenänderungen zur Genehmigung dem Zentralvorstand vorzulegen. Der Austritt einer Zweigvereinigung erfolgt durch schriftliche Anzeige an den Zentralvorstand der I. P. V.

Art. 5.... Diese Beiträge sind bei den Kassenwarten der Zweigvereinigungen zu entrichten, welche sie vor dem 1. September jedes Jahres weiterzuleiten haben.

Art. 7. Der Zentralvorstand besteht aus einem Zentralpräsidenten, einem Zentralsekretär, einem Zentralkassenwart, ferner aus drei Beiräten des Zentralpräsidenten.

Der Zentralpräsident, der Zentralsekretär und der Zentralkassenwart werden für die Zeit bis zum nächsten Kongreß vom Kongreß gewählt. Beiräte des Zentralpräsidenten sind jeweils die beiden letzten Ex-Zentralpräsidenten und der Präsident der American Psychoanalytic Association.

Die vorgeschlagenen Änderungen werden einstimmig genehmigt.

In Angelegenheit des „Internationalen Psychoanalytischen Verlages" stellt Herr Dr. Eitingon folgenden Antrag:

Alle unsere Zweigvereinigungen haben sich bereits mit dem so eindringlichen Appell beschäftigt, den Prof. Freud in Sachen des Verlages und seiner Notlage an uns alle gerichtet hat. Ich selbst habe in einem Rundschreiben die wirtschaftliche Situation des Verlages genau zu schildern versucht, den Gruppen mitgeteilt, wie groß die Verschuldung des Verlages ist und welche Schritte zu unternehmen sind, um ihm zunächst zu helfen, ihn auf eine gesunde Basis zu stellen. Sie wissen, daß ein für zwei Jahre geltendes Moratorium mit der am meisten drängenden Gruppe von Gläubigern beschlossen worden ist, innerhalb welcher Zeit die Schulden an diese Gläubiger in der Höhe von zirka 180.000 österr. Schillingen abzutragen sind; mit einer Unterstützung, die der Verlag während dieser Abwicklungen noch brauchen würde, besonders weil die wirtschaftliche Situation auf dem Büchermarkt eine ganz katastrophale ist, würden für diese Sanierungsaktion 30.000 Dollar nötig sein. Wir haben nach reiflicher Diskussion der Angelegenheit mit einigen Kollegen der verschiedenen Gruppen, einer Anregung der Wiener Vereinigung folgend, in jenem Rundschreiben den Vorschlag gemacht, die Gruppen zu bitten, pro Kopf ihrer Mitglieder etwa 3 Dollar monatlich im Verlauf von zwei Jahren aufzubringen. Die Gruppen von Wien, Berlin, London, Ungarn und der Schweiz haben dies bereits beschlossen. Die amerikanischen Gruppen hatten im Sommer keine geschäftlichen Sitzungen mehr und konnten dazu nicht mehr Stellung nehmen. Wir dürfen erwarten, daß auch sie sich dem Vorgehen der genannten Gruppen anschließen werden. Wir bitten die Generalversammlung des Kongresses, auch den anderen Gruppen dringend nahezulegen, dieses Beispiel zu befolgen und so die einzig würdige Antwort auf den Aufruf Prof. Freuds zu erteilen. Um nach dieser Hilfeleistung für den Verlag eine engere Verbindung zwischen I. P. V. und Verlag herzustellen, als sie bisher existiert hat, würden wir auch vorschlagen, eine Kommission zu ernennen, welche ebensowohl der Kontrolle des Verlages wie der Herstellung einer immer engeren Verbindung zwischen der I. P. V. und dem Verlag dienen soll.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Herr Dr. Jones beantragt, in das Komitee zur Kontrolle des Verlages folgende Personen zu wählen:

Marie Bonaparte, Princesse de Grèce, Paris.
Dr. A. A. Brill, New York.
Dr. Ernest Jones, London.
Dr. Clarence Oberndorf, New York.
J. H. W. van Ophuijsen, Haag.
Dr. R. A. Spitz, Berlin.
Dr. Ph. Sarasin, Basel.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Herr Dr. Eitingon stellt folgenden Antrag:

Alle Mitglieder werden aufgefordert, bei Originalarbeiten, die sie dem Verlag zur Publikation in einer der vier Zeitschriften übergeben, auf jedes Honorar zu verzichten. Referate sollen nach wie vor honoriert werden.

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Der Vorsitzende stellt des weiteren folgenden Antrag:

Der Zentralvorstand wird gebeten, dafür Sorge zu tragen, daß, wenn möglich, eine laufende Bibliographie der psychoanalytischen Literatur erscheine.

Begründung: Die Orientierung in der umfangreichen Literatur ist durch das Fehlen einer Bibliographie sehr erschwert.

Andere allgemeine psychoanalytische Bibliographien sind nur einzelnen zugänglich.

Durchführung: Ohne nennenswerte Mehrkosten könnte die Bibliographie als Anhang der „Imago" erscheinen. Sie könnte einen Überblick über den Inhalt der Zeitschriften der einzelnen Gruppen sowie über die drei Zeitschriften der I. P. V. geben und zugleich alle einschlägigen, aber an anderer Stelle erscheinenden Arbeiten von Mitgliedern der I. P. V. umfassen.

Eventuelles: In einem günstigen Zeitpunkt könnte die Lücke zwischen dem Index psychoanalyticus und dieser laufenden Bibliographie durch eine Sonderveröffentlichung ausgefüllt werden.

Der Antrag wird mit Beifall angenommen.

Herr Dr. Hárnik berichtet, daß er zusammen mit Dr. Graber, Stuttgart, eine neue Publikationsreihe „Ergebnisse der Psychoanalyse" vorbereitet und bittet um Mitarbeit. Herr Dr. Jones erklärt zu diesem Antrag, er sei nicht in der Lage, ohne vorherige Prüfung zu dem Projekte Stellung zu nehmen, er warne vor einer Zersplitterung der Kräfte, und bitte, die Angelegenheit der neuen Veröffentlichungen mit dem Verlagskomitee zu besprechen.

Die Redaktion der Statutenänderung, die sich aus den auf dem Kongreß gefaßten Beschlüssen ergeben, wird dem Zentralkomitee überlassen.

IX. Neuwahl des Vorsitzenden der I. U. K.

Herr Dr. Jones schlägt die Wiederwahl von Herrn Dr. Eitingon zum Präsidenten der I. U. K. vor. Der Antrag wird mit Beifall angenommen.

X. Neuwahl des Zentralvorstandes

Herr Dr. Eitingon legt hierauf den Vorsitz nieder und bittet Herrn Dr. Jekels als Alterspräsidenten, den Vorsitz zu übernehmen. Herr Dr. Eitingon bittet um seine dauernde Entlastung und schlägt Herrn Dr. Jones als Präsidenten vor. Die Wahl wird mit Beifall angenommen.

Herr Dr. Jekels würdigt die Verdienste von Herrn Dr. Eitingon und bittet, seinen Rücktritt mit großem Bedauern zur Kenntnis zu nehmen und ihm durch Beifall das Absolutorium zu erteilen. Der Kongreß folgt dieser Aufforderung.

Es folgt somit die Wahl von Herrn Dr. Jones zum Präsidenten, ferner die Wiederwahl von Herrn van Ophuijsen zum Zentralkassenwart und von Fräulein Anna Freud zur Zentralsekretärin.

Herr Dr. Jones übernimmt unter Beifall das Präsidium, dankt für die ihm erwiesene Ehre und verspricht, sein Bestes zu leisten. Er schlägt vor, obwohl dies bisher nicht üblich war, Herrn Dr. Eitingon den Dank des Kongresses auszudrücken, was unter großem Beifall geschieht; die Versammlung erhebt sich.

Herr Dr. Eitingon gratuliert zur neuen Wahl, dankt seinerseits für die ihm erwiesene Ehrung und dankt insbesondere Herrn und Frau Dr. Landauer für die zur Vorbereitung des Kongresses geleistete Arbeit.

Herr Dr. Radó wird *per acclamationem* neuerlich zum Sekretär der I. U. K. gewählt.

Herr Dr. Sarasin wiederholt die Einladung der Schweizer Gruppe, den nächsten Kongreß in der Schweiz abzuhalten. Herr Dr. Jekels bittet, als Kongreßort Österreich zu berücksichtigen, da sich unter den Wienern die ältesten Mitglieder der „Internationalen psychoanalytischen Vereinigung" befinden, denen weite Reisen nicht mehr leichtfallen.

Der Kongreß dankt Herrn van Ophuijsen und Fräulein Anna Freud für die im abgelaufenen Jahr geleistete große Arbeit.

Herr Dr. Jones schließt hierauf die Sitzung.

II) Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission

Berliner Psychoanalytisches Institut

IV. Quartal (Oktober bis Dezember) 1932

A. Vorlesungen

Dr. Carl Müller-Braunschweig: Einführung in die Psychoanalyse, I. Teil: Analytische Normalpsychologie. 7 Stunden. Hörerzahl 36.

Dr. Jeanne Lampl-de Groot: Traumdeutung. 7 Stunden. Hörerzahl 19.

Dr. Jenö Harnik: Spezielle Neurosenlehre, II. Teil: Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. 7 Stunden. Hörerzahl 14.

Dr. Ernst Simmel: Psychoanalytische Technik, I. Teil. 7 Stunden. Hörerzahl 18.

Dr. M. Wulff: Neurotische Funktionsstörungen im frühkindlichen Alter bis zur Latenzperiode. 5 Stunden. Hörerzahl 16.

Dr. Wilhelm Reich: Triebpsychologie und Charakterlehre. 5 Stunden. Hörerzahl 27.

B. Seminare, Übungen, Kolloquien

Dr. Otto Fenichel: Freud-Seminar: Theoretische Schriften, I. Teil. 7 Doppelstunden. Hörerzahl 25.

Dr. Felix Boehm: Freud-Seminar: „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie." 7 Doppelstunden. Hörerzahl 26.

Dr. Müller-Braunschweig, Dr. Simmel: Technisches Seminar. 14tägig. Hörerzahl 16, bezw. 18.

Dr. Eitingon u. a.: Praktisch-therapeutische Übungen.

Dr. Fenichel, Dr. Reik: Referatenabende. Jede zweite Woche. Hörerzahl 51.

Dr. Siegfried Bernfeld (i. Vertretung: Steff Bornstein): Seminar: Praktische Fragen der psychoanalytischen Pädagogik. 7 Stunden. Hörerzahl 41.

C. Arbeitsgemeinschaften

Pädagogische Arbeitsgemeinschaft [Bernfeld (i. Vertretung: Bornstein)]. 3 Stunden. Hörerzahl 30.

Dr. Carl Müller-Braunschweig

Frankfurter Psychoanalytisches Institut

A. Zweiter Tätigkeitsbericht

Der erste Bericht über das „Frankfurter Psychoanalytische Institut" der „Südwestdeutschen Psychoanalytischen Arbeitsgemeinschaft" wurde 1930 veröffentlicht (Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, XVI, 272). Es wurde dort auf die Eigenart hingewiesen: nicht Ausbildung von Therapeuten, denn dazu wäre eine größere Anzahl von Mitarbeitern nötig, sondern Durchdringung des Wissens der Ärzte, Pädagogen, Juristen, Soziologen, auch bei ihrem Studium, mit den Funden Freuds. Damals war davon die Rede, daß noch kein Therapeutikum angegliedert sei.

Bereits im Jahre 1930 erfolgte jedoch seine Gründung. Es mußte allerdings aus wirtschaftlichen Gründen Mitte 1932 offiziell wieder geschlossen werden. Die noch in Behandlung befindlichen Kranken wurden und werden aber unter den gleichen Bedingungen weiter behandelt, auch soweit möglich einzelne neue Kranke.

Im Institut war während des Bestehens des Therapeutikums ein Analytiker halbtägig angestellt, der fünf Patienten zu gleicher Zeit übernahm. Es konnte nur ein Wechsel bei zweien stattfinden. Den einen führte seine berufliche Verpflichtung nach wenigen Monaten der Analyse nach Berlin, er wurde dort von der Poliklinik übernommen, im andern Fall wurde die Behandlung durch ein interkurrentes organisches Leiden, das erst der Ausheilung zugeführt werden mußte, vorzeitig unterbrochen. Von den übrigen fünf „offiziellen" Fällen befinden sich drei noch kontinuierlich in Analyse, bei den andern zwei wurde die Behandlung nach jeweils zirka fünfviertel Jahren aus analytischen Gründen vorläufig beendet. Beide werden gelegentlich die Behandlung zu Ende führen.

Was die Art der Patienten betrifft, so handelt es sich fast ausschließlich um Intellektuelle, meist Akademiker, zwischen 20 und 30, bei denen es sich nie um reine unkomplizierte Neurosen, vielmehr wesentlich um unbewältigte Lebenskonflikte, Charakterstörungen, Arbeitshemmungen usw., dreht. Bei einzelnen heben sich konversionshysterische Symptome, psychogene Sterilität, Impotenz, manifeste Homosexualität mit schwersten Perversionen, schwere Organneurosen als Einsprengsel, deutlicher heraus.

Über die Behandlungserfolge läßt sich bei dieser Sachlage naturgemäß nichts Abschließendes aussagen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die beiden am längsten Analysierten jetzt zwei, bezw. eineinhalb Jahre in Behandlung sind; sie findet fünfmal wöchentlich statt. Die einzelne Sitzung dauert drei Viertelstunden.

Etwa 10 bis 15 Personen mußten noch vom Anfang her zurückgestellt, bezw. abgewiesen werden. Unter diesen, wie unter jenen, die in der Zwischenzeit das Institut von sich aus zwecks Beratung oder mit dem Wunsche nach Analyse aufsuchten, befanden sich übrigens zahlreiche psychotisch Erkrankte.

Ein weiterer Versuch war eine Erzieherberatung. Zunächst in Form von Besprechungen mit Lehrern und Lehrerinnen, die über Schüler berichteten, deren Verhalten zu Disziplinarstrafen Anlaß zu geben schien, oder Beratungen über Schwierigkeiten, die die Lehrer selbst im Umgang mit Schülern hatten. Angeregt

war dieser Versuch durch die Tatsache, daß einzelne Schulen (Volksschule, höhere Schule) sich an das Institut zur Mitberatung gewandt hatten.

In den sieben Semestern seit dem ersten Bericht wurden unter anderem gelesen: Elemente der Psychoanalyse — Arbeitsgemeinschaft über einführende Schriften Freuds — Psychoanalytische Klinik — Eltern- und Lehrerfehler, Kinderfehler, Erziehung, Erziehung Dissozialer und Verwahrloster — Zur Psychologie des Verbrechers: Kriminalfälle — Die Entwicklung der Gottesvorstellungen — Massenpsychologie und Ich-Analyse — Hysterie — Berufswahl, Berufsstörungen — Beiträge zur Charakterkunde — Neurosenlehre — Psychoanalytische Pädagogik.

Die Dozenten am Institut sind: Dr. Erich Fromm, Frau Dr. Fromm-Reichmann, Dr. S. H. Fuchs, Dr. Karl Landauer und Dr. Heinrich Meng.

Die Besucherzahl der einzelnen Kurse und Arbeitsgemeinschaften betrug 10 bis 40 Teilnehmer.

Die Vorlesungen finden im Sozialwissenschaftlichen Institut der Frankfurter Universität statt. Die Ausgaben für das Institut und das Therapeutikum wurden durch die Vorlesungshonorare, Beiträge und Stiftungen von Mitgliedern, Patienten und Freunden des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts bestritten. Die Bibliothek ist in reger Benützung. Während der letzten Semester lasen die Dozenten auch an anderer Stelle, z. B. in Kursen des Volksbildungsheims und in Arbeiterorganisationen.

Die ersten vier Jahre unserer Arbeit haben den Beweis erbracht, daß für die Lehre Freuds in Frankfurt reges Interesse besteht.

Heinrich Meng.

B. Lehrkurse

Wintersemester 1931/32

I. Dr. Landauer: Elemente der Psychoanalyse II. Hörerzahl 27.
II. Dr. Landauer: Arbeitsgemeinschaft über einführende Schriften Freuds II. Hörerzahl 22.
III. Dr. Meng: Kinder- und Erwachsenenanalyse als pädagogisches Problem. Hörerzahl 24.

Sommersemester 1932

I. Dr. Meng: Einführung in die Psychoanalyse. Hörerzahl 30.
II. Drs. Fuchs, Landauer, Meng: Freud-Seminar über Massenpsychologie und Ichanalyse. Hörerzahl 16.
III. Dr. Landauer: Berufswahl und Berufsstörungen. Hörerzahl 14.

Wintersemester 1932/33

I. Dr. Meng: Einführung in die Psychoanalyse. Hörerzahl 8.
II. Drs. Fuchs und Landauer: Beiträge der Psychoanalyse zur Charakterkunde. Hörerzahl 19.
III. Dr. Landauer: Neurosenlehre. Hörerzahl 19.

IV. Dr. Meng: Psychoanalytische Pädagogik (14tägig). Hörerzahl 6.
V. Dr. Meng: Erziehungsberatung (14tägig). Hörerzahl 9.

Dr. Karl Landauer

Lehrinstitut der Magyarországy Pszichoanalitikai Egysület, Budapest

III. und IV. Quartal 1932

A. Kurse

Dr. I. Hollós: Einführung in die psychoanalytische Psychiatrie. 6 Vorträge. Hörerzahl 30.

Dr. G. Róheim: Einführung in die allgemeine Ethnologie. 8 Vorträge. Hörerzahl 15.

Alice Bálint: Kinderpsychologisch-pädagogische Fragen. 5 Vorträge. Hörerzahl 20.

B. Seminare für Ausbildungskandidaten

Dr. M. Bálint: Psychoanalytische Literatur. 5 Abende. Teilnehmerzahl 9.

Vilma Kovács: Technisches Seminar. 5 Abende. Teilnehmerzahl 9.

Dr. L. Révész: Allgemeine und spezielle Pathologie. Für Ausbildungskandidaten ohne ärztliche Vorbildung. 9 Abende. Teilnehmerzahl 14.

Dr. Imre Hermann

Lehrausschuß der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung

Wintersemester 1932/33
I. Quarta

A. Kurse

Dr. R. Wälder: Allgemeine Neurosenlehre. (Für Vorgeschrittene.) 5stündig. Hörerzahl 25.

Dr. S. Bernfeld: Einführung in die Psychoanalyse. 10stündig. Hörerzahl 250.

B. Einzelvorträge

Dr. P. Federn: Technik der Psychosentherapie.

C. Seminare

Dr. E. Bibring: Freuds Schriften zur Neurosenlehre. Hörerzahl 20.

Drs. E. Bibring und H. Hartmann: Grundprobleme der Psychoanalyse. Wöchentlich. Hörerzahl 20.

Drs. E. Bibring und E. Hitschmann: Seminar für psychoanalytische Therapie. (Am Ambulatorium der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung.) Jede zweite Woche. Hörerzahl 25.

Dr. L. Jekels: Lektüre und Diskussionen über ausgewählte Schriften Freuds. (Nur für Mitglieder des Akademischen Vereins für Medizinische Psychologie.)

D. Arbeitsgemeinschaften

Dr. Helene Deutsch: Kontrollanalysen in Gruppen. Wöchentlich. Hörerzahl 20.

Anna Freud: Technik der Kinderanalyse. Wöchentlich. Hörerzahl 20.

Dr. R. Mack-Brunswick: Psychoanalyse der Psychosen. Hörerzahl 15.

E. Pädagogie

A. Aichhorn: Einführung in die Psychoanalyse für Pädagogen und Fürsorger. Jede zweite Woche. Hörerzahl 65.

A. Aichhorn: Praktikum für psychoanalytische Pädagogik (Verwahrlosung und Schwererziehbarkeit). Jede zweite Woche. Hörerzahl 20.

Dr. W. Hoffer: Seminar für Pädagogen. Monatlich. Hörerzahl 20.

Dr. Helene Deutsch

III) Berichte der Zweigvereinigungen

The American Psychoanalytic Association

Die 28. Tagung der American Psychoanalytic Association wurde am 2. und 3. Juni im Bellevue Stratford Hotel in Philadelphia abgehalten.

2. Juni, 5 Uhr nachmittags. Geschäftliche Sitzung. Dr. A. A. Brill führte den Vorsitz. Der Vorschlag einer Statutenänderung wurde angenommen und mit deren Ausarbeitung ein Komitee, bestehend aus den Herren Dr. Blitzsten, Dr. Hadley, Dr. McCord, Dr. Oberndorf und Dr. Zilboorg, betraut. Dr. Brill führte ex-officio den Vorsitz. Das Komitee hat die Aufgabe, diese Statuten zur Genehmigung dem Vorstand vorzulegen und bei der nächsten Tagung der Vereinigung zu unterbreiten. Dr. A. A. Brill wurde zum ständigen Vorsitzenden, Dr. William A. White zum Vizepräsidenten gewählt, Dr. Ernest E. Hadley als Schatzmeister und Schriftführer wiedergewählt.

Durch die Reorganisation wird die American Psychoanalytic Association das Exekutiv- und Organisationsorgan der amerikanischen psychoanalytischen Gesellschaften. Die örtlichen Gesellschaften, welche vorerst in der Association vereinigt werden, sind: die Baltimore-Washington Psychoanalytic Society, die Chicago Psychoanalytic Society und die New York Psychoanalytic Society. Der von den betreffenden Gesellschaften erwählte Exekutiv-Vorstand besteht aus den Herren Dr. Ernest E. Hadley für die Gruppe Baltimore-Washington, Dr. Lionel N. Blitzsten für die Gruppe Chicago und Gregory Zilboorg für die Gruppe New York.

2. Juni, abends. Private Sitzung. Diese wurde vom Präsidenten Dr. A. A. Brill

eröffnet und später unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten Dr. R. H. Hutchings fortgeführt. Das gut aufgenommene Programm lautete wie folgt: Dr. Clinton P. McCord: Further Comments on Child Analysis in America. — Dr. Isador Coriat: The Dynamics of Stammering — Dr. Lawrence Kubie: The Genesis of Life-Long Transvestite Tendencies in a Girl of Fifteen.

3. Juni, vormittags. Gemeinsame Sitzung mit der American Psychiatric Association. Der „Rose Garden" war bis zum letzten Platz besetzt. Dr. Hutchings führte wiederum den Vorsitz, als der Präsident der American Psychiatric Association, Dr. William L. Russell, die Führung der Sitzung liebenswürdigerweise den Mitgliedern der psychoanalytischen Gruppe überließ. Das dargebotene Programm war das folgende: Dr. Bernard Glueck: Hospital Experience with Psychoanalytic Therapy. — Dr. Sandor Lorand: The Psychology of Nudism. — Dr. Bertram D. Lewin: The Body as Phallus in Psychoanalysis. — Dr. Gregory Zilboorg: The Dynamics of Suicide.

Das wachsende Interesse an den psychoanalytischen Vorträgen führte zur Befürwortung eines längeren psychoanalytischen Programms bei der nächsten Tagung im Frühjahr. Diese Anregung stammt nicht nur von unseren eigenen Mitgliedern, sondern auch von einer Anzahl anderer Angehöriger der American Psychiatric Association.

Die 29. Tagung der American Psychoanalytic Association wurde am 27. Dezember 1932 im New York Psychoanalytic Institute, 324 West, 86th Street, abgehalten. Dr. A. A. Brill, der ständige Präsident der Association, führte bei jeder Sitzung den Vorsitz. Das Programm war das folgende:

27. Dezember, vormittags. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Isador Coriat: Totemism in Prehistoric Man. — Dr. Sandor Lorand: A Contribution to the Psychology of the Inventor. — Dr. Sandor Radó: Narcissus the Lover; A Contribution to the Psychology of Love.

27. Dezember, nachmittags. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Lillian D. Powers: Problems in Technique. — Dr. Harry Stack Sullivan: Hypochondriasis and Schizoprenia; A note on the Medical Specialist and the Incipiently Psychotic. — Dr. Gregory Zilboorg: Constitutional Factors and Psychoanalysis.

27. Dezember, abends. Geschäftliche Sitzung. Die Geschäftliche Sitzung wurde von Dr. Brill nach Schluß des Nachmittagsprogramms einberufen. Das Protokoll der vorangegangenen Sitzung wurde verlesen und gebilligt. Die Entschließung des Internationalen Psychoanalytischen Kongresses, die Federation betreffend, wurde vom Sekretär vorgelesen. Hierauf wurde der Bericht über die Sitzung des Exekutivvorstandes vom 26. Dezember erstattet. Der Vorstand empfahl unter einhelligem Beifall die in der Entschließung angegebenen Änderungen, das heißt die Hinzufügung des Untertitels „A Federation of The American Psychoanalytic Societies" und die Auflösung des „Member-at-Large-Paragraphen" durch statutenmäßige Änderungen und Weglassungen. Außerdem billigte der Vorstand die Änderung, durch welche für den Exekutivvorstand eine dreijährige Amtsdauer vorgesehen wird. Der Exekutivvorstand genehmigte gleicherweise die vom Komitee ausgearbeiteten Statuten mit den durch den Kongreßbeschluß vorgesehenen Ausnahmen und Statuten-

änderungen. Der Exekutivvorstand empfahl ferner, den Sekretär anzuweisen, daß er an alle Mitglieder, welche noch nicht an eine der in der Association vereinigten örtlichen Gesellschaften angeschlossen sind, schreibe und ihnen ein Eintrittsgesuch an die nächste Ortsgruppe empfehle. Im weiteren Verlauf wurde der Bericht des Vorstandes sowie die Änderungen und Neuformulierungen der Statuten genehmigt. Die Versammlung von Mitgliedern der in der American Psychoanalytic Association vereinigten Baltimore-Washington, Chicago und New York Psychoanalytic Societies wurde bis zur Frühjahrstagung, die in Boston stattfinden soll, vertagt.

Am Abend nahmen die Mitglieder der Vereinigten Societies an dem Diner teil, das die New York Psychoanalytic Society anläßlich ihrer 21. Gründungsfeier im Waldorf-Astoria-Hotel gab.

Dr. Ernest E. Hadley
Secretary

British Psycho-Analytical Society

IV. Quartal

5. Oktober. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Ernest Jones: Report on Proceedings of 12th International Congress. — Dr. Yates: Some problems in the Inhibition of Sublimations.

19. Oktober. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Brierly: Abstract of Dr. Horney's Paper: The Fear of Woman. — Dr. Ernest Jones: The Phallic Phase, Part I, Male.

2. November. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Brierly: Abstract of Freud's Paper on Female Sexuality. — Dr. Ernest Jones: The Phallic Phase, Part II, Female.

16. November. Wissenschaftliche Sitzung. Miss Searl: On the Psychology of the Scream.

6. Dezember. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Glover: The Relation of Perversions and Neuroses to the Development of Reality Sense.

Edward Glover
Scientific Secretary

19. Oktober. Geschäftliche Sitzung. Vorsitz Dr. Jones. Dr. Melitta Schmideberg wurde auf Empfehlung des Vorstandes zum außerordentlichen Mitglied der Gesellschaft ernannt. Es wurde ferner bekanntgegeben, daß Dr. Walter Schmideberg als außerordentliches Mitglied von der Deutschen Gesellschaft in die British Society übernommen wurde.

Adressenänderung:

Dr. Melitta Schmideberg, 75 Upper Gloucester Place, London NW 1,
Dr. Walter Schmideberg, 75 Upper Gloucester Place, London NW 1.

S. M. Payne
Business Secretary

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

II. Quartal 1932

5. Juli 1932. Vortrag Dr. Kluge (a. G.): Über den Durchbruch zeichnerischer Produktionen während einer Psychoanalyse. — Diskussion: Simmel, Horney, Jacobssohn, Hoffmann.

12. Juli 1932. Vortrag Dr. Bally: Die Motorik des frühen Kindesalters im Vergleich mit der Motorik der Tiere. (Ein entwicklungspsychologischer Versuch.) — Diskussion: Fenichel, W. Reich, M. Rosenfeld (a. G.), Jacobssohn.

IV. Quartal 1932

8. Oktober 1932. Generalversammlung. Die Jahresberichte des Vorsitzenden, des Direktors des Institutes, des Unterrichtsausschusses, des Kassenwartes, des Kuratoriums zur Verwaltung des Stipendienfonds und der Arbeitsgemeinschaften werden genehmigt.

Zum Vorsitzenden wird Dr. Eitingon gewählt. Als Vorstandsmitglieder werden gewählt: Drs. Boehm, Fenichel, Müller-Braunschweig und Simmel. Die Verteilung der Ämter wird dem neugewählten Vorstand überlassen.

In den Unterrichtsausschuß werden gewählt: Drs. Bernfeld, Eitingon, Fenichel, Hárnik, Müller-Braunschweig, Reik und Simmel. — In das Kuratorium des Stipendienfonds werden gewählt: Drs. Hárnik, Lampl, Müller-Braunschweig. — Zu Kassenrevisoren werden gewählt: Dr. Spitz und Rechtsanwalt Staub.

Zu ordentlichen Mitgliedern werden folgende außerordentlichen Mitglieder gewählt: Bertha Bornstein, Steff Bornstein, Dr. Fromm und Dr. Hoffmann.

Dr. Spitz berichtet über Verhandlungen aus der Kommission zur Sanierung des Verlages und bittet um größere Vorauszahlungen. — Frau Dr. Naef berichtet im Namen einer Kommission über die Möglichkeiten, die Namen der Mitglieder öffentlich bekanntzugeben.

Dr. Eitingon stellt folgenden Antrag: Es wird beantragt, die Zahl der Sitzungen auf zwei im Monat zu beschränken, weil die ständige Überbelastung der Mitglieder das sehr ratsam erscheinen läßt. — Der Antrag wird angenommen.

2. November 1932. Bericht von Dr. Fenichel über seinen Eindruck von der psychoanalytischen Bewegung in Rußland. — Dr. Lampl de Groot und Dr. Spitz referieren über den Kongreß in Wiesbaden. — Mitteilung von Dr. Max Levy-Suhl (a. G.): Vergleich zwischen dem Eintritt der Geschlechtsreife beim Menschen und dem bei Tieren. — Diskussion: W. Reich, Jacobssohn, Wulff, Simmel, Staub, Deri (a. G.), Lampl, Fließ (a. G.), Schultz-Hencke, Eitingon.

15. November 1932. Vortrag Dr. Spitz: Eine Analyse im Spiegel einer künstlerischen Intuition (nach dem Roman „Vagadu" von Pierre Jean Jouve). — Diskussion: Eitingon, Gerö (a. G.), Simmel, Jacobssohn, Lampl. — In der geschäftlichen Sitzung wird Dr. Walter Kluge als außerordentliches Mitglied aufgenommen. — Drs. Boehm, Müller-Braunschweig und Staub werden in eine Kommission zur Schaffung einer Geschäftsordnung gewählt.

26. November 1932. Vortrag Dr. Benedek: Über die psychischen Prozesse bei Basedow-Psychosen. — Diskussion: W. Reich, Simmel, Lampl de Groot, Jacobssohn, Boehm, Eitingon, Fenichel. — In der Geschäftssitzung wird Frau Dr. Annie Reich als außerordentliches Mitglied aus der Wiener psychoanalytischen Vereinigung übernommen.

6. Dezember 1932. Vortrag Dr. Wulff: Über den hysterischen Anfall. — Diskussion: Simmel, Fenichel, W. Reich, Schalit, Eitingon.

13. Dezember 1932. Vortrag Dr. Simonson: Erfolgreiche Behandlung einer schweren multiplen Konversionshysterie durch Katharsis. — Diskussion: Bluhm (a. G.), Fenichel, Simmel, Wulff, Annie Reich, Groß.

Dr. Felix Boehm
Schriftführer

Hamburger Arbeitsgemeinschaft

IV. Quartal 1932

Es wurden drei Sitzungen abgehalten. In jeder wurde ein Teilreferat über das Buch von Melanie Klein: „Die Psychoanalyse des Kindes", gehalten.

Dr. August Watermann

Leipziger Arbeitsgemeinschaft

III. und IV. Quartal 1932

14. September 1932. Frau Benedek: Ausführlicher Bericht über den Kongreß in Wiesbaden.

21. September 1932. Weigel: Die Grenzen der Indikationsstellung für die psychoanalytische Therapie. Ausführliche Diskussion über die Indikationsstellung und über die Prognose bei Neurosen, über die Verschlechterung der Prognose bei inveterierten Formen von Neurosen.

28. September 1932. Weigel (Fortsetzung): Die Indikationsstellung und Prognose bei verschiedenen Formen von Psychosen und Perversion.

5. Oktober 1932. Ausführliche Diskussion über W. Reichs „Der Masochistische Charakter".

12. Oktober 1932. Fortsetzung derselben.

19. Oktober 1932. Ranft, Frau Schorsch: Referate über laufende Behandlungen.

26. Oktober 1932. Kleine Mitteilungen über Technik und Therapie. Frau Benedek, Ekman, Frau Schorsch, Weigel.

11. November 1932. Frau Benedek: Vorläufige Mitteilung über Basedow-Psychosen.

18. November 1932. Diskussion über Angst, an der Hand der neueren Darstellungen in der psychoanalytischen Literatur (Nunberg, Klein, Fenichel).

7. Dezember 1932. Weigel: Referat über fünf klinisch beobachtete Fälle von echtem Transvestitismus.

16. Dezember 1932. Weigel: Referat über die allgemeine und psychoanalyti-

sche Literatur des Transvestitismus, über die Grenzen der verschiedenen Beobachtungs- und therapeutischen Methoden.

21. Dezember 1932. Kleine Mitteilungen über technisch-therapeutische Fragen: Ekman, Ranft, Vauk, Weigel.

Dr. Therese Benedek
Obmann

Südwestdeutsche Arbeitsgemeinschaft

IV. Quartal 1932

20. November 1932. Vortrag Dr. Fuchs: Nunbergs Neurosenlehre im Hinblick auf technische Probleme.

18. Dezember 1932. Vortrag Dr. Landauer: „Die faselige Verblödung als Widerstand."

Lehrkurs in Stuttgart

Dr. G. H. Graber: Abendkurs zur Einführung in die Psychoanalyse.

1. Abend: Was ist Psychoanalyse? (Geschichte ihrer Bewegung; über die Einstellung zu ihr; Freuds Struktur der Seele. — 2. Abend: Das Heilverfahren. Traumdeutung, Fehlhandlungen. — 3. Abend: Entwicklung und Fehlentwicklung des Kindes (Besprechung von Erziehungsfragen mit Beratung). — 4. Abend: Seelische Erkrankungen (Neurosen). Über ihre Entstehung, Verhütung, Behandlung und Heilungsmöglichkeit. — 5. Abend: Anwendungen der Psychoanalyse auf Kunst, Religion und Völkerkunde. Teilnehmerzahl 30 bis 40.

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

II. und IV. Quartal 1932

21. Oktober 1932. Dr. M. Bálint: Bericht über den Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Wiesbaden.

4. November 1932. 1) Dr. E. Almásy: Daten zum manischen Assoziieren und zur Übertragung Manischer. — 2) Aus dem Nachlaß von Frau Kálmán (vorgetragen von Dr. M. Bálint): Heilpädagogische Beobachtungen an Taubstummen.

18. November 1932. Dr. S. Ferenczi: Gegenseitige Verständnislosigkeit zwischen Erwachsenen und dem Kinde bei Gefühlsäußerungen.

2. Dezember 1932. Dr. G. Róheim: Die Frage der Sphinx.

16. Dezember 1932. Dr. G. Róheim: Fortsetzung des Vortrages „Die Frage der Sphinx".

Dr. Imre Hermann
Sekretär

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

III. und IV. Quartal 1932

15. Oktober 1932. (Leiden.) Geschäftliche Sitzung.

26. November 1932. (Haag.) J. H. W. van Ophuijsen: Trauma und Symptom. — Neu aufgenommen: Dr. H. G. van der Waals, Nervenarzt, 15 Roemer Visscherstraat, Amsterdam W.

A. Endtz
Sekretär

Société Psychanalytique de Paris

IV. Quartal 1932

18. Oktober. Wissenschaftliche Sitzung. Mr. Jean Frois-Wittmann: Sur un cas d'impuissance guérie. — Diskussion: Loewenstein, Odier, Laforgue und Mme Morgenstern.

15. November. Wissenschaftliche Sitzung. Mme Marie Bonaparte: La sexualité féminine. — Diskussion: Loewenstein, Schiff und Leuba.

6. Dezember. Wissenschaftliche Sitzung. Dr. Charles Odier: La névrose sans complexe d'Oedipe (?). — Diskussion: Mr. Loewenstein, Mme Marie Bonaparte, Mme Sokolnicka, Mme Pichon etc.

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

IV. Quartal 1932

1. Oktober. Pfarrer Dr. O. Pfister, Zürich: „Die Rolle der Angst in der Religionsbildung." Ausgehend vom Animismus und der Magie als Vorstufen der Religion, wird nachgewiesen, daß alle Religion und Religionsübung den Zweck verfolgt, Angst zu binden oder zu vermindern. Dann wird gezeigt, wie die Religion unter gewissen Umständen die Angst verstärkt, bis eine reformatorische Strebung eintritt. „Die ideale Konzeption einer religiösen Angstbeseitigung ist (heute in den großen Kulturreligionen) ohne analytische Nachhilfe meistens undurchführbar" — es wird entwickelt, warum dem so ist. — Diskussion: Blum, Zulliger, Sarasin, Dr. Marjasch (a. G.), Pfenninger.

22. Oktober. Dr. med. Boss, Zürich (a. G.): „Bruchstück einer Analyse mit passageren schizophrenen Symptomen." Bericht über eine Analyse, während der schizophrene Symptome auftraten, ihre Bedingtheit, Bedeutung und Lösung. — Diskussion: Blum, Bally, Kielholz, Sarasin, Marjasch (a. G.), Pfister, Schultz.

17. November. Dr. med. H. Behn-Eschenburg, Zürich: „Über das Verhältnis von Zeit und Raum zu den unbewußten Seelenvorgängen." — Dr. med. Sarasin, Basel: „Besprechung von Nunbergs allgemeiner Neurosenlehre." — Diskussion: Bally, Kielholz, Boss, Pfister, Marjasch (a. G.), Schultz.

26. November. Dr. med. G. Bally, Zürich: „Die frühkindliche Motorik im Vergleich mit der Motorik der Tiere." Die Motorik der Tiere, über die Köhler u. a. berichteten, wird mit derjenigen der Kinder im frühesten Alter verglichen, woraus sich wichtige Folgerungen für die Konstituierung des Seelischen ergeben. — Diskussion: Sarasin, Blum, Frau Behn-Eschenburg, Behn-Eschenburg, Boss, Pfister, Kielholz, Pfenninger.

10. Dezember. Frau G. Behn-Eschenburg, Zürich: „Die Erziehung des Erziehers." Es handelt sich um einen Vortrag, der bei Anlaß einer Tagung der „Entschiedenen Schulreformer" in Berlin über Erziehungsprobleme im Rahmen von anderen Referaten rein pädagogischer und „individualpsychologischer" Betrachtungsweise gehalten wurde. Die Referentin sucht dem Problem der Erziehung des Erziehers vom psychoanalytischen Gesichtspunkt aus gerecht zu werden. — Diskussion: Pfister, Bally, Schultz, Kielholz, Boss.

Hans Zulliger
Sekretär

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

III. und IV. Quartal 1932

28. September. Dr. Paul Federn: Die Ichbesetzung bei der Fehlleistung. — Diskussion: Anna Freud, Jekels, Pappenheim, Wälder.

12. Oktober. Generalversammlung. Wahl des Vorstandes für das kommende Vereinsjahr: Prof. Freud, Obmann; Dr. Federn, Obmannstellvertreter; Dr. Nunberg, Anna Freud, Schriftführer; Dr. Bibring, Kassier; Dr. Wälder, Bibliothekar. — Dr. Federn dankt dem abtretenden Schriftführer Dr. Jokl für seine siebenjährige Tätigkeit im Dienste der Vereinigung.

Wahl der Funktionäre: a) des Lehrinstituts: Dr. H. Deutsch, Leiterin; Dr. Jekels, Stellvertreter; Anna Freud, Schriftführerin; Aichhorn, Drs. Bibring, Federn, Hitschmann, Ausschußmitglieder; b) des Ambulatoriums: Dr. Hitschmann, Leiter; Dr. E. Bibring, Stellvertreter.

26. Oktober. Dr. Robert Wälder: Referat über die wissenschaftliche Tätigkeit des XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongresses in Wiesbaden.

9. November. Dr. Siegfried Bernfeld: Psychophysiologische Untersuchungen. — Diskussion: Hartmann, Federn, Deutsch, Frau Bibring, Stengel, Nunberg, R. Wälder.

23. November. Dr. Ernst Kris: Ein geisteskranker Künstler (Franz Xaver Messerschmidt). — Diskussion: Hartmann, Sperling, Federn, Nunberg.

7. Dezember. Dr. Richard Sterba: Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. (Wiederholung des Kongreßvortrags.) — Diskussion: Anna Freud, Federn, Nunberg, Jekels, H. Deutsch, Sperling, Winterstein, Bibring.

21. Dezember. Dr. R. Sterba: Ergänzung des Schlußwortes zu seinem Vortrag vom 7. Dezember. — Diskussion: Jekels, Federn. — Dr. Otto Fenichel (aus Berlin): Die präödipale Phase des Mädchens. — Diskussion: H. Deutsch, Brunswick, Federn.

Anna Freud
Schriftführerin

IV) Bericht der Verlags-Kommission der I. P. V.

Die Verlagskommission der I. P. V., die vom XII. Int. Psa. Kongreß in Wiesbaden gewählt worden ist, besteht aus folgenden Mitgliedern:

Dr. Ernest Jones, London (Vorsitzender),
Marie Bonaparte, Princesse de Grèce, Paris,
Dr. A. A. Brill, New York,
Dr. Clarence Oberndorf, New York,
J. H. W. van Ophuijsen, Haag,
Dr. R. A. Spitz, Berlin,
Dr. Ph. Sarasin, Basel (Sekretär).

Die Kommission, die laut Kongreßbericht „ebensowohl der Kontrolle des Verlages wie der Herstellung einer immer engeren Verbindung zwischen der I. P. V. und dem Verlag

dienen soll", hat sich bereits in Wiesbaden in drei Sitzungen über den Stand des Verlages unterrichten lassen. Dr. Martin Freud, der Geschäftsführer des Verlages, hatte an allen Sitzungen teilgenommen.

Die Untersuchung der momentanen Situation hat die Kommission davon überzeugt, daß ihre Hauptaufgabe zunächst in der Unterstützung und der Kontrolle der Hilfsaktion für den Verlag gelegen sein müsse, und sie hat die dazu notwendigen Maßnahmen beschlossen. Was die engere Verbindung zwischen der I. P. V. und dem Verlag, beziehungsweise was die Kontrolle der Verlagstätigkeit anbelangt, wurden mit dem Geschäftsführer, Herrn Dr. Martin Freud, einige vorläufige Verabredungen getroffen.

Eine Subkommission von drei Mitgliedern (Jones, van Ophuijsen, Sarasin) wird mindestens monatlich ausführlich über den Geschäftsgang des Verlages orientiert. Die Vollkommission erhält mindestens vierteljährlich einen zusammenfassenden Bericht, der vom Sekretär ausgearbeitet wird.

Sarasin
Sekretär

V) Mitgliederverzeichnis der »Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung«

(Herbst 1932)

The American Psychoanalytic Association

A Federation of the American Psychoanalytic Societies

Officers:

A. A. Brill, M. D. *(Permanent President).*
William A. White, M. D. *(Vice-President).*
Ernest E. Hadley, M. D. *(Secretary-Treasurer).*

Executive Council:

N. Lionel Blitzsten, M. D.
Ernest E. Hadley, M. D.
Gregory Zilboorg, M. D.

Honorary Members:

Sigmund Freud, M. D.
Sandor Ferenzi, M. D.
Ernest Jones, M. D.

Member Societies:

The Baltimore-Washington Psychoanalytic Society.
The Chicago Psychoanalytic Society.
The New York Psychoanalytic Society.

Baltimore-Washington Psychoanalytic Society

Honorary Members:

Brill, A. A., M. D., 1 West 70th Street, New York, N. Y.
White, William A., M. D., St. Elizabeth Hospital, Washington, D. C.

Active Members:

Chapman, Ross McClure, M. D., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Mary land.
Chassell, Joseph O., M. D., Sheppard & Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland.
Coulomb, Anna Dannemann, M. D., Rural Station 1, Sykesville, Maryland.
Dooley, Lucile, M. D., 2440 16th Street, N. W., Washington, D. C. *(President).*
Graven, Philip, M. D., 2007 Massachusetts Avenue, N. W., Washington, D. C.
Hadley, Ernest E., M. D., 1835 Eye Street, N. W., Washington, D. C. *(Representativ Executive Council).*
Hill, Lewis B., M. D., Giori-utca 10, Budapest.

Johnson, Loren B. T., M. D., 1900 24th Street, N. W., Washington, D. C. *(Member of council).*
Kempf, E. J., M. D., Wading River, Long Island, New York.
Lewis, Nolan D. C., M. D., St. Elizabeths Hospital, Washington, D. C. *(Member of council).*
Meyer, Adolf, M. D., Phipps Clinic, Baltimore, Maryland.
Reede, Edward Hiram, M. D., Medical Science Building, Washington, D. C.
Robbins, Bernard, M. D., Riveria Apartments, Baltimore, Maryland.
Saunders, Eleanora, M. D., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland *(Vice-President).*
Silverberg, William V., M. D., 1726 Eye Street, N. W., Washington, D. C. *(Secretary-Treasurer).*
Stragnell, Gregory, M. D., 110 Washington Street, New York, N. Y.
Sullivan, Harry Stack, M. D., 60 East 42nd Street, New York City.
Taneyhill, G. Lane, M. D., Medical Arts Building, Baltimore, Maryland.
Thompson, Clara M., M. D., Kristina Körut 165, Budapest.

Associate Members:

Burke, Allen, M. D., Sheppard & Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland.
Dawson, A. Ray, M. D., Walter Reed Hospital, Washington, D. C.
Kiessling, Alice H., 726 Jackson Place, N. W., Washington, D. C.
Martin, Alexander, M. D., Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland.

Chicago Psychoanalytic Society

Active Members:

Alexander, Franz, M. D., 43 East Ohio Street, Chicago, Ill. *(Honorary member).*
Bacon, Katherine, M. D., 2333 Cleveland Avenue, Chicago, Ill.
Bartemeier, Leo H., M. D., 8-259 General Motors Building, Detroit, Michigan.
Blitzsten, N. Lionel, M. D., 104 South Michigan Avenue, Chicago, Ill. *(President).*
Deutsch, Hans, M. D., 55 East Washington Street, Chicago, Ill.
Eisler, Edwin R., M. D., 840 North Michigan Boulevard, Chicago, Ill. *(Secretary-treasurer).*
Finlayson, Alan D., M. D., 10515 Carnegie Avenue, Cleveland, Ohio.
French, Thomas M., M. D., 104 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.
Gerard, Margaret, M. D., University of Chicago, Ill.
Hamill, Ralph, M. D., 8 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.
McLean, Helen Vincent, M. D., 5830 Stony Island Avenue, Chicago, Ill.
Menninger, Karl, M. D., The Menninger Clinic, Topeka, Kansas.
Mohr, George J., M. D., 3604 Victoria Street, Pittsburg, Pennsylvania.
Morgenthau, George, M. D., 1116 East 46th Street, Chicago, Ill.

Associate Member:

Tower, Lucia E., M. D., 30 North Michigan Avenue, Chicago, Ill.

New York Psychoanalytic Society

Active Members:

Ames, Thaddeus H., M. D., 55 Park Avenue, New York City.
Amsden, George S., M. D. 525 East 68th Street, New York City.
Asch, Joseph J., M. D., 111 East 80th Street, New York City.
Blumgart, Leonard, M. D., 152 West 57th Street, New York City.
Bonnett, Sara A., M. D., 102 East 22nd Street, New York City.

Brill, A. A., M. D., 1 West 70th Street, New York City *(President).*
Broadwin, Isra T., M. D., 116 West 59th Street, New York City.
Bunker, Henry A., Jr. M. D., 1021 Park Avenue, New York City.
Daniels, George E., M. D., 129 East 69th Street, New York City.
Eidson, Joseph P., M. D., 70 East 77th Street, New York City.
Feigenbaum, Dorian, M. D., 60 Gramercy Park, New York City.
Glueck, Bernard, M. D., 130 East 39th Street, New York City.
Gosselin, Raymond, M. D., 28 West 54th Street, New York City.
Haigh, Susanna S., M. D., 30 East 40th Street, New York City.
Hallock, Frank H., M. D., 527 West 121st Street, New York City.
Hinsie, Leland E., M. D., 722 West 168th Street, New York City.
Jelliffe, Smith Ely, M. D., 64 West 56th Street, New York City.
Jewett, Stephen P., M. D., 124 East 40th Street, New York City.
Kardiner, A., M. D., 1185 Park Avenue, New York City.
Kenworthy, Marion E., M. D., 1035 Fifth Avenue, New York City.
Kubie, Lawrence S., M. D., 34 East 75th Street, New York City.
Lehrman, Philip, M. D., 120 Riverside Drive, New York City.
Levy, David, M. D., 145 East 57th Street, New York City.
Lewin, Bertram D., M. D., 25 Fifth Avenue, New York City *(Secretary).*
Liss, Edward, M. D., 130 East 39th Street, New York City.
Lorand, Sándor, M. D., 115 East 86th Street, New York City.
Meyer, M. A., M. D., 57 West 57th Street, New York City *(Treasurer).*
Oberndorf, C. P., M. D., 112 West 59th Street, New York City.
Parker, Z. Rita, M. D., 115 East 61st Street, New York City.
Powers, Lillian D., M. D., 128 Central Park South, New York City.
Rothschild, Leonard J., M. D., 116 West 59th Street, New York City.
Sands, Irving J., M. D., 202 New York Avenue, Brooklyn, New York.
Schilder, Paul, M. D. 52 Gramercy Park, New York City.
Schoenfeld, Dudley D., M. D., 116 West 59th Street, New York City.
Slutsky, Albert, M. D., 116 West 59th Street, New York City.
Smith, Joseph, M. D., 848 Park Place, Brooklyn, New York.
Solley, John B., M. D., 108 East 66th Street, New York City.
Stern, Adolph, M. D., 57 West 57th Street, New York City.
Wechsler, I. S., M. D., 1112 Park Avenue, New York City.
Williams, Frankwood, M. D., 44 West 12th Street, New York City.
Wittels, Fritz, M. D., 93 Central Park West, New York City.
Zilboorg, Gregory, M. D., 28 West 54th Street, New York City.

Non-resident Members:

Biddle, Sydney G., M. D., 257 South 16th Street, Philadelphia, Penn.
Brunswick, Ruth Mack, M. D., Hasenauerstr. 19, Wien, XVIII., Austria.
Coriat, Isador H., M. D., 416 Marlborough Street, Boston, Mass.
Farnell, F. J., M. D., 577 Angell Street, Providence, Rhode Island.
French, Thomas M., M. D., 104 South Michigan Avenue, Chicago, Ill.
Hendrick, Ives, M. D., 250 Commonwealth Avenue, Boston, Mass.
Kaufman, M. Ralph, M. D., McLean Hospital, Waverley, Mass.
Levin, Hyman, M. D., 1450 Delaware Avenue, Buffalo, N. Y.
Lippman, Hyman S., M. D., 270 Rice Street, St. Paul, Minn.
McCord, Clinton P., M. D., 74 Willett Street, Albany, N. Y.

Silverberg, William V., 1726 Eye Street, N. W., Washington, D. C.
Slight, David, M. D., McGill University, Montreal, P. Q., Canada.

Associate Members:

Blanton, Smiley, M. D., 115 East 61st Street, New York City.
Dunbar, H. Flanders, M. D., 935 Park Avenue, New York City.
Kelman, Sarah, M. D., 176 West 87th Street, New York City.
Mayer, Max D., M. D., 1150 Fifth Avenue, New York City.
Orgel, Samuel Z., M. D., 667 Madison Avenue, New York City.
Powers, Mrs. Margaret J., 853 Seventh Avenue, New York City.

Honorary Member:

Radó, Sándor, M. D., 324 West 86th Street, New York City.

„Members-at-Large"

(Members Not as Yet Attached to Any Local Group:)

Burrow, Trigant, M. D., 67 Park Avenue, New York City.
Chamberlain, H. E., M. D., 920 East 59th Street, Chicago, Ill.
Clark, Dr. L. Pierce, M. D., 2 East 65th Street, New York City.
Emerson, L. E., M. D., 64 Sparks Street, Cambridge, Mass.
Gregory, M. S., M. D., Medical Arts Building, Oklahoma City, Oklahoma.
Hutchings, R. H., M. D., Utica State Hospital, Utica, N. Y.
McPherson, D. J., M. D., Peter Bent Brigham Hospital, Boston, Mass.
Peck, Martin W., M. D., 520 Commonwealth Avenue, Boston, Mass.
Pope, Curran, M. D., 115 West Chestnut Street, Louisville, Kentucky.
Reed, Ralph, M. D., 180 East McMillan Street, Cincinnati, Ohio.
Singer, H. D., M. D., 30 North Michigan Boulevard, Chicago, Ill.
Smeltz, George, M. D., 121 University Place, Pittsburg, Penn.
Syz, Hans, M. D., 67 Park Avenue, New York City.
Thompson, J. C., M. D., 1230 Washington Street, San Francisco, Cal.
Walker, W. K., M. D., Nutt Road, Phoenixville, Penn.
Young, G. A., M. D., Medical Arts Building, Omaha, Nebraska.

British Psycho-Analytical Society

a) Members:

Brierley, Marjorie, M. D., 11 Nottingham Place, London, W. 1.
Bryan, Douglas, M. D., 35 Queen Anne Street, London, W. 1 *(Treasurer).*
Burt, Cyril, 4 Eton Road, London, N. W. 3.
Eder, M. D., M. D., 16 Nottingham Place, London, W. 1.
Flügel, J. C., Ph. D., 11 Albert Road, Regent's Park, London, N. W. 1.
Forsyth, D., M. D., 67a Harley Street, London, W. 1.
Franklin, Marjorie E., M. D., 3 Bulstrode Street, London, W. 1.
Glover, E., M. D., 18 Wimpole Street, London, W. 1 *(Director of Scientific Research).*
Isaacs, Susan, Sc. D., 16c Prinsrose Hill Road, London, N. W. 3.
Jones, Ernest, M. D., 42 York Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1 *(President).*
Klein, Mrs. Melanie, 93c Linden Gardens, London, W. 2.
Low, Miss Barbara, 3 Bulstrode Street, London, W.
Mitchell, T. W., M. D., Hadlow, Kent.
Payne Sylvia, M. D., Harley Street, London, W. 1 *(Secretary).*

Rickman, John, M. D., 11 Kent Terrace, London, N. W. I.
Riggall, R. M., M. D., 40 Upper George Street, London, W. 1.
Riviere, Mrs. Joan, 3 Stanhope Terrace, Lancaster Gate, London, W. 2.
Sawyer, Vaughan, M. D., 131 Harley Street, London, W. 1.
Searl, Miss N. N., 9 Kent Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1.
Sharpe, Miss E., 9 Kent Terrace, Regent's Park, London, N. W. 1.
Sheehan-Dare, Miss, 39e Linden Gardens, London, W. 1.
Stephen, Adrian, M. D., 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stephen, Karin, M. D., 50 Gordon Square, London, W. C. 1.
Stoddart, W. H. B., M. D., Harcourt House, Cavendish Square, London, W. 1.
Strachey, James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Strachey, Mrs. James, 41 Gordon Square, London, W. C. 1.
Tansley, Mr. A. G., Grantchester, Cambridge.
Torrance Thomson H., M. D., 13 Lansdowne Crescent, Edinburgh.
Wilson, A. C., M. D., 5 Devonshire Place, London, W. 1.
Wright, Maurice, M. D., 86 Brook Street, London, W. 1.
Yates, Sybille, M. D., 11 Nottingham Place, London, W. 1.

b) Associate Members:

Baines, Miss Cecil M., 36 Heath Hurst Road, Hampstead, London, N. W. 3.
Barkas, Mary, M. D., The Lawn, Lincoln.
Brend, W. H., M. D., 14 Bolingbroke Grove, Wandsworth Common, London, S. W.
Caroll, Denis, M. D., 22 Queen Anne Street, London, W. 1.
Chadwick, Miss Mary, 48 Tavistock Square, London, W. C. 1.
Culpin, M., M. D., 1 Queen Anne Street, London, W. 1.
Eddison, W., M. D., Wonford House, Exeter.
Fairbairn, M. D., 18 Lansdowne Crescent, Edinburgh, N. B.
Grant Duff, Miss I. F., 40 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Hart, Bernard, M. D., Harcourt House, Cavendish Square, London, W. 1.
Herbert, S., M. D., 2 St. Peter's Square, Manchester.
Herford, M. B., M. D., 19 Redlands Road, Reading.
Inman, W., M. D., 22 Clarendon Road, Southsea, Hants.
Kapp, Mr. R. O., 25 Randolph Crescent, London, W. 9.
Lewis, J. Strafford, M. D., Banstead Mental Hospital, Sutton, Surrey.
Lewis, Miss M. G., 16 Gordon Street, London, W. C. 1.
Money-Kyrle, Mr. R., Whitham, Calne, Wilts.
Pailthorpe, G. W., M. D., 11 Kent Terrace, London, N. W. 1.
Penrose, L. S., M. D., 35 Lexden Road, Colchester.
Schmideberg, Dr. med. Melitta, 75 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Schmideberg, Dr. med. Walter, 75 Upper Gloucester Place, London, N. W. 1.
Thomas, Rees, M. D., 28 Queens Gardens, London, W. 2.
Winton, F. R., M. D., 1 Drosier Road, Cambridge.

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

a) Ordentliche Mitglieder:

Alexander, Dr. med. Franz, c/o Institute for Psychoanalysis, 43 East Ohio Street, Chicago, U. S. A.
Bally, Dr. med. Gustav, Zürich VII, Gladbachstraße 59.
Benedek, Dr. med. Therese, Leipzig C 1, Brüderstraße 7/II.

Bernfeld, Dr. phil. Siegfried, Berlin W 15, Pariser Straße 18 a.
Boehm, Dr. med. Felix, Berlin NW 87, Lessingstraße 1 *(Schriftführer).*
Bornstein, Berta, dzt. Wien, I., Bognergasse 7, b. Bettlheim.
Bornstein, Steff, Berlin-Steglitz, Kurfürstenstraße 4.
Cohn, Dr. med. Franz, Berlin-Wilmersdorf, Helmstädter Straße 22.
Eitingon, Dr. med. Max, Berlin-Dahlem, Altensteinstraße 26 *(Vorsitzender, Direktor des Berliner Psychoanalytischen Instituts).*
Fenichel, Dr. med. Otto, Berlin W 50, Nürnberger Platz 6 *(Vorstandsmitglied).*
Fromm, Dr. phil. Erich, zzt. Genf, rue de Lausanne 87.
Fromm-Reichmann, Dr. med. Frieda, Heidelberg-Neuenheim, Mönchhofstraße 15.
Groddeck, Dr. med. Georg, Baden-Baden, Hans-Thoma-Straße 8.
Gross, Dr. med. Alfred, Berlin-Grunewald, Gneiststraße 9.
Haas, Dr. med. Erich, Köln, Hohenzollernring 37.
Happel, Dr. med. Clara, Hamburg 21, Marienterrasse 17.
Hárnik, Dr. med. Jenö, Berlin-Grunewald, Caspar-Theys-Straße 18.
Hoffmann, Dr. phil. Jakob, Berlin-Charlottenburg, Witzlebener Straße 2.
Horney, Dr. med. Karen, c/o Institute of Psychoanalysis, 43 East Ohio Street, Chicago, U. S. A.
Jacobssohn, Dr. med. Edith, Berlin W 15, Emser Straße 39 d.
Kempner, Dr. med. Salomea, Berlin-Wilmersdorf, Güntzelstraße 13.
Kraft, Dr. med. Erich, Berlin N 20, Behnstraße 1.
Lampl, Dr. med. Hans, Berlin-Dahlem, Schumacherplatz 2.
Lampl de Groot, Dr. med. Jeanne, Berlin-Dahlem, Schumacherplatz 2.
Landauer, Dr. med. Karl, Frankfurt a. M., Savignystraße 76.
Lantos-Schneider, Dr. med. Barbara, Berlin W 30, Bamberger Straße 44.
Liebeck-Kirschner, Dr. med. Lotte, Berlin W 9, Königin-Augusta-Straße 7.
Lowtzky, Dr. phil. F., Berlin-Wilmersdorf, Nassauischestraße 54/55.
Meng, Dr. med. Heinrich, Frankfurt a. M., Marienstraße 15.
Müller-Braunschweig, Dr. phil. Carl, Berlin-Schmargendorf, Sulzaer Straße 3 *(Kassenwart).*
Müller-Braunschweig, Ada, Berlin-Schmargendorf, Sulzaer Straße 3.
Naef, Dr. med. Elisabeth, Berlin-Steglitz, Opitzstraße 7.
Radó, Dr. med. et rer. pol., c/o Psychoanalytic Institute, 324 West, 86 Street, New York City.
Reik, Dr. phil. Theodor, Berlin-Dahlem, Podbielski-Allee 20.
Reich, Dr. med. Wilhelm, Berlin-Schmargendorf, Schlangenbader Straße 87.
Sachs, Dr. jur. Hanns, dzt. Sommerset Hotel, 400 Commonwealth-Ave., Boston, U. S. A.
Schalit, Dr. med. Ilja, Berlin W 15, Düsseldorfer Straße 46.
Schultz-Hencke, Dr. med. Harald, Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 26.
Simmel, Dr. med. Ernst, Berlin-Westend, Eichenalle 23 *(stellvertretender Vorsitzender).*
Simonson, Dr. med. Emil, Berlin-Halensee, Georg-Wilhelm-Straße 2.
Smeliansky, Dr. med. Anna, Berlin W 62, Wichmannstraße 10.
Spitz, Dr. med. R. A., Berlin-Grunewald, Taubertstraße 5.
Staub, Hugo, Berlin W 62, Wichmannstraße 10/IV.
Stegmann, Dr. med. Margarethe, Dresden-A., Sidonienstraße 18.
Vollrath, Dr. med. Ulrich, Stadtarzt, Fürstenwalde a. d. Spree, Platz der Republik 5.
Vowinckel, Dr. med. Eda, Berlin-Charlottenburg, Dernburgstraße 34.
Watermann, Dr. med. August, Hamburg 20, Rehagen 2.
Wulff, Dr. med. M., Berlin-Wilmersdorf, Nassauische Straße 54/55.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Garma, Dr. med. Angel, Francisco Giner 53, Madrid, Spanien.
Graber, Dr. phil. G. H., Stuttgart, Heinestraße 1.
Herold, Dr. med. Karl Maria, Berlin-Wilmersdorf, Paretzerstraße 10.
Kluge, Dr. jur. Walter, Berlin-Halensee, Albrecht-Achilles-Straße 5 a.
Landmark, Dr. Johannes, Bogstadveien 52, Oslo, Norwegen.
Mette, Dr. med. Alexander, Berlin-Steglitz, Hindenburgdamm 64 a.
Raknes, Dr. phil. Olaf, Incognitogate 4, Oslo, Norwegen.
Reich, Dr. med. Annie, Berlin-Schmargendorf, Schlangenbaderstraße 87.

Indian Psycho-Analytical Society

Members:

Dr. G. Bose, D. Sc. (Psy.), M. B. (Med.), 14, Parsibagan Lane, Calcutta *(President).*
Mr. G. Bora, B. A., 2/3, Chittaranjan Avenue (South), Calcutta.
Mr. M. N. Banerji M. Sc. (Psy.), B. L. (Jur.), 30, Tarak Chatterji Lane, Calcutta *(Secretary).*
Mr. H. P. Maiti, M. A. (Phil. & Psy.), 10/1, Halsibagan Road, Calcutta *(member of the Council).*
Dr. Suhrit Ch. Mitra, M. A. (Psy.), D. Phil. (Psy.), 6/2, Kirti Mitra Lane Calcutta *(Librarian and member of the Council).*
Mr. Copeswar Pal, M. Sc. (Psy.), 46/42/2, Gariahat Road, Ballygunge, Calcutta.
Prof. Rangin Chandra Halder, M. A. (Psy.), B. N. College, Patna.
Prof. Haridas Bhattacharya, M. A. (Phil.), P. R. S., B. L. (Jur.), Dacca University, Dacca.
Dr. Sarasilal Sarkar, M. A., M. B. (Med.), 177, Upper Circular Road, Calcutta.
Lt. Col., Owen Berkeley Hill, M. A., M. D. (Med.), I. M. S., European Mental Hospital, Kanke P. O. Ranchi, B. N. R.
Capt. A. G. Barreto, L. M. & S. (Bomb.), M. S. L. P. A. (Nancy), I. M. S. (Med.), Raia, Salsette, Goa, Portugese India.
Dr. B. C. Ghosh, M. A. (Sc.), M. B. (Med.), B. C., 3, Creek Row, Calcutta.
Lt. Col. C. D. Daly, D. A. D. S. T., „Woodstock", Naini Tal, U. P., India.
Prof. Jiban Krishna Sarkar, M. A. (Phil.), G. B. B. College, Muzaffarpur, Bihar, India.
Mr. Parsram, M. A. (Phil. & Psy.), Forman Christian College, Lahore, India.

Associate Members:

Mr. Mohan Lal Ganguly, M. Sc. (Psy.), B. L. (Jur.), 8/B, Dovers Lane, Calcutta.
Mr. Dwijendra Lal Ganguly, M. Sc. (Psy.), P. 126, Lake Road, Calcutta.
Mr. A. C. Chatterjee, District Traffic Officer, B. N. Ry., 168, Cornwallis Street, Calcutta.
Dr. B. B. Chatterji, M. Sc. (Phy.), M. B. (Med.), 82, South Road, Entally, Calcutta.
Mr. Sudhir Kumar Bose, M. A. (Phil.), M. Sc. (Psy.), P. O. Galsi, Dt. Burdwan, Bengal, India.
Mr. Manindra Nath Samanta, M. Sc. (Psy.), Dept. of Experim. Psychology, University College of Science, Calcutta.

Mr. Suhrit Chandra Sinha, M. Sc. (Psy.), 15/1/1, Ramkanta Bose Street, Calcutta.
Mr. Shamswarup Jalata, M. A. (Psy.), Dalpat Gardens, Phagwora, The Punjab, N. W. Ry. India.
Mr. Tarun Chandra Sinha, P. O., Sushang, Dt. Maimensingh, Bengal, India.
Mr. Sital Chandra Bose, B. Sc., 32/B, Kanklia Road, Ballygunge, Calcutta, India.

Japan Psycho-Analytical Society

Asaba, Takeichi, M. D., Kumagaya Hospital, Yuminomachi, Okayama City.
Mawatari, Kazue, M. D., 496, Kita-Senzoku, Magomemachi, Tokyo.
Nasu, Akiya, B. S., Mechanical Engineer, 21, Oyama, Shibuya, Tokyo.
Sekiguchi, Saburo, M. D., Ikeda Hospital, 7 of 4-chome, Kobikicho, Kyobashiku, Tokyo.
Shibakawa, Matataro, M. D., 627, Kami-Meguro, Tokyo.
Tsushima, Kanji, M. D. *(Secretary)*, 825, Motoshiba, Oimachi, Tokyo.
Yabe, Yaekichi, A. B. *(President)*, 825, Motoshiba, Oimachi, Tokyo.

Magyarországi Pszichoanalitikai Egyesület

a) Ordentliche Mitglieder:

Almásy Endre, Dr. med., Budapest, I., Mészáros-ucca 12.
Bálint Alice, Budapest, I., Mészáros-ucca 12.
Bálint Mihály, Dr. med. et phil., Budapest, I., Mészáros-ucca 12 *(Stellvertretender Leiter der Poliklinik)*.
Dubovitz Margit, Dr. med., Budapest, VIII., Üllői-ut 40.
Dukes Géza, Dr. jur., Budapest, V., Zoltán-ucca 6.
Eisler Mihály József, Dr. med., Budapest, V., Nádor-ucca 5 *(Bibliothekar)*.
Ferenczi Sándor, Dr. med., Budapest, I., Lisznyai-ucca 11 *(Präsident, Leiter der Poliklinik)*.
Hann-Kende Fanny, Dr. med., Budapest, V., Zrinyi-ucca 14.
Hermann Imre, Dr. med., Budapest, II., Fillér-ucca 25 *(Sekretär)*.
Hollós István, Dr. med., Budapest, V., Klotild-ucca 4 *(Stellvertreter des Präsidenten)*.
Kovács Vilma, Budapest, I., Orvos-ucca 10.
Lázár-Gerő Klára, Dr. med., Budapest, VII., Király-ucca 51.
Lévy Kata, Budapest, V., Szalay-ucca 3.
Lévy Lajos, Dr. med., Budapest, V., Szalay-ucca 3.
Pfeifer Zsigmond, Dr. med., Budapest, I., Attila-ucca 69 *(Kassier)*.
Révész László, Dr. med., Budapest, VIII., Eszterházy-ucca 19.
Róheim Géza, Dr. phil., Budapest, VI., Hermina-ut 35/a.
Rotter-Kertész Lillian, Dr. med., Budapest, VIII., Fhg. Sándor-ucca 46.
Szabó Sándor, Dr. med., Zürich, Voltastraße 24.
Szilágyi Géza, Dr. jur., Budapest, VII., Damjanich-ucca 28/a.
Szüts Gyula, Dr. med., Budapest, VI., Andrássy-ut 38.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Kircz-Takács Mária, Dr. phil., Budapest, I., Margit-körut 95.

Nederlandsche Vereeniging voor Psychoanalyse

Blok, Dr. med. A. M., Haag, Wassenaarsche weg 39.
Bouman, Prof. Dr. med. K. H., Amsterdam Z., Jan Luykenstraat 24 *(Bibliothekar).*
Emden, Dr. med. J. E. G. van, Haag, Sweelinckplein 49.
Endtz, A., Loosduinen, „Ramaerkliniek" *(Sekretär).*
Flohil, M., Loosduinen, „Ramaerkliniek".
Hoop, Dr. med. J. H. van der, Amsterdam C., Keizersgracht 632.
Jelgersma, Prof. Dr. med. G., Oegstgeest, Nassaulaan 32.
Jelgersma, Dr. med. H. C., Oegstgeest, „Endegeest".
Katan, M., Wien, VIII., Lederergasse 22.
Linde, B. D. J. van de, Hilversum, Boomberglaan 4.
Monchy, Dr. med. S. J. R. de, Rotterdam, Schiedamsche Singel 235.
Muller, Dr. med. F., Haarlem, Julianastraat 8.
Muller, Dr. med. F. P., Leiden, Rijnsburgerweg 102 *(Kassier).*
Ophuijsen, J. H. W. van, Haag, Prinsevinkenpark 5 *(Präsident).*
Rümke, Dr. med. H. C., Amsterdam Z., Albert Dürerstraat 6.
Schelven, Dr. med. Th. van, Haag, Carel van Bylandtlaan 11.
Stärcke, A., Den Dolder, „Willem Arntszhoeve".
Versteeg, P. H., Haag, Javastraat 3.
Versteeg-Solleveld, C. M., Haag, Javastraat 3.
Waals, Dr. med. H. G. van der, Amsterdam Z., Roemer Visscherstraat 15.
Westerman-Holstijn, Dr. med. A. J., Amsterdam Z., Valeriusstraat 113.
Weijl, Dr. med. S., Rotterdam, s'Gravendijkwal 98.

Russische Psychoanalytische Vereinigung

a) Ordentliche Mitglieder:

Awerbuch, Frau Dr. R. A., Moskau, Sadowo-Kudrinskaja 21.
Bruk, Dr. A. N., Moskau, M. Kakowinskij 5.
Chaletzki, Dr. A., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Goltz, Frau Dr. E. P., Moskau, Mansurowskij Per 7.
Friedmann, Dr. B. D., Moskau, Sadowo-Triumphalnaja 8, W. 7.
Geschelina, Frau Dr. L. S., Moskau, Kammerherrskij 4.
Kannabich, Prof. J. W., Moskau, B. Rjewskij Per 8, W. 14 *(Präsident).*
Kogan, Dr. M., Odessa, Psychiatrische Anstalt.
Liosner-Kannabich, Frau Dr., Moskau, B. Rjewskij 8, W. 14.
Rohr, Frau Dr. Angela, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Rohr, Wilhelm, Moskau, Marx-Engelsstr. 3.
Schaffir, J. M., Moskau, Ostoschenka 5, W. 38.
Schmidt, Prof. Otto, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92.
Schmidt, Wera, Moskau, Granowsky-Str. 3, W. 92 *(Sekretär).*
Spielrein, Frau Dr. Sabina, Rostow a. Don, Puschkinskaja 97.
Simson, Frau Dr. T. P., Moskau, Psychiatrische Klinik, 1. Universität.
Weisberg, G. P., Simferopol.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Goldowskaja, Frau Dr. T. I., Moskau, Arbat, 30, W. 59.
Goldowsky, Dr. E. D., Kiew, Militärhospital.

Lurje, Frau Dr. M. E., Moskau, Pokrowskoje-Streschnewo Sanatorium.
Salkind, Dr. A., Kiew, Nikolsko-Botanitscheskaja 3/9.
Wnukow, Dr. W. A., Moskau, Skatertnij per. 22, W. 8.

Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse

a) In der Schweiz wohnende Mitglieder:

Behn-Eschenburg, Frau Gertrud, Küsnacht-Zürich.
Behn-Eschenburg, Dr. med. Hans, Nervenarzt, Hottingerstraße 25, Zürich *(Vizepräsident).*
Binswanger, Dr. med. Ludwig, Sanatorium Bellevue, Kreuzlingen (Thurgau).
Blum, Dr. med. Ernst, Nervenarzt, Englische Anlage 8, Bern *(Quästor).*
Blum-Sapas, Dr. med. Elsa, Nervenarzt, Englische Anlage 8, Bern.
Christoffel, Dr. med. Hans, Nervenarzt, Albanvorstadt 21, Basel.
Flournoy, Priv.-Doz. Dr. med. Henri, Rue de Monnetier 6, Genf.
Fürst, Dr. med. Emma, Nervenarzt, Apollostraße 21, Zürich.
Geiser, Dr. med. Max, Dufourstraße 39, Basel.
Grüninger, Dr. phil. Ulrich, Bezirkslehrer, Brittnau (Aargau).
Kielholz, Direktor Dr. med. Arthur, Kant. Irrenanstalt Königsfelden (Aargau).
Pfenninger, Hans, Pfarrer, Neftenbach, Zürich.
Pfister, Dr. phil. Oskar, Pfarrer, Schienhutgasse 6, Zürich *(Beisitzer).*
Piaget, Prof. Dr. phil. Jean, Universität, Genf.
Repond, Direktor Dr. med. André, Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais.
Sarasin, Dr. med. Philipp, Nervenarzt, Gartenstraße 65, Basel *(Präsident).*
Saussure, Priv.-Doz. Dr. med. Raymond de, 2 Tertasse, Genf.
Steiner, Dr. med. Hans, Feldeggstraße 49, Zürich.
Wehrli, Priv.-Doz. Dr. med. Gustav, Weinbergstraße 36, Zürich.
Zulliger, Hans, Oberlehrer, Ittigen bei Bern *(Schriftführer).*

b) Außerordentliche Mitglieder:

Schultz, Dr. phil. Ch., Hadlaubstraße 70, Zürich.
Zulliger, Frau Martha, Ittigen bei Bern.

c) Nicht in der Schweiz wohnende Mitglieder:

Odier, Dr. med. Charles, Nervenarzt, 79 Boulevard Montmorency, Paris XVIe.
Odier-Ronjat, Mme. I., 79 Boulevard Montmorency, Paris XVIe.
Schjelderup, Dr. phil. Harald K., o. ö. Professor an der Universität Oslo, Psykologiske Institut.
Schjelderup, Dr. theol. Kristian, Oslo.
Schneider, Prof. Dr. phil. Ernst, Gänsheidestraße 47, Stuttgart.

d) Ehrenmitglieder:

Eitingon, Dr. med. Max, Berlin.
Jones, Dr. Ernest, London.

Société Psychanalytique de Paris

a) Ordentliche Mitglieder:

Allendy, Dr. René, 67 rue de l'Assomption, Paris XVIe.
Bonaparte, Marie, Princesse Georges de Grèce, 6 rue Adolphe Yvon, Paris XVIe.

Borel, Dr. A., 11 Quai aux fleurs, Paris IVe *(Präsident).*
Cénac, Dr. Michael, 3 rue Coëtlogon, Paris VIe.
Codet, Dr. H., 10 rue de l'Odéon, Paris Ve.
Flournoy, Dr. Henry, 6 rue de Monnetier, Génève (Suisse).
Frois-Wittmann, J., 8 rue des Marronniers, Paris XVIe.
Hesnard, Prof. A., 4 rue Peirex, Toulon.
Laforgue, Dr. R., 1 rue Mignet, Paris XVIe.
Leuba, Dr. J., 58 rue des Ternes, Paris XVIIe.
Löwenstein, Dr. R., 127 Avenue de Versailles, Paris XVIe.
Morgenstern, Dr. Sophie, 4 rue de Cure, Paris XVIe *(Kassier).*
Nacht, Dr. Sacha, 21 Boulevard Flandrin, Paris XVIe *(Sekretär).*
Odier, Dr. Ch., 79 Boulevard Montmorency, Paris XVIe *(Vizepräsident).*
Odier-Ronjat, Mme. Ilse, 79 Boulevard Montmorency, Paris XVIe.
Parcheminey, Dr. G., 92 Avenue Niel, Paris XVIIe.
Pichon, Dr. E., 23 rue du Rocher, Paris IXe.
Rieti, Dr. Ettore, Instituto Psichiatrico di Grugliasco, Torino.
Reverchon-Jouve, Mme., rue de Tournon 8, Paris VIe.
Saussure, Dr. R. de, 2 Tertasse, Génève.
Sokolnicka, Mme. E., 30 rue Chevert, Paris VIIe.
Schiff, Dr. Paul, 14 rue César Franck, Paris XIVe.

b) Außerordentliche Mitglieder:

Beltram, Prof. Dr., Echeveria 1601, Buenos Ayres.
Berman, Dr. Anne, 58 rue Miromesnil, Paris VIIIe.
Doreau, Bernard, 31 rue de Bellechasse, Paris VIIe.
Germain, Paul, 10 rue Durantin, Paris XVIIIe.
Hélot, Dr., 30 rue Duc de Cars. Alger, Algérie.
Hoesli, Dr. Henri, 90 rue du Bac, Paris VIIe.
Laforgue, Mme. René, 1 rue Mignet, Paris XVIe.
Male, Dr. P., 11 rue de Navarre, Paris Ve.
Martin-Sisteron, Dr. Maurice, 14 Boulevard Edouard Rey, Grenôble (Isère).
Novaro Allende, Dr., Calle Moreda 1944, Santiago de Chili.
Répond, Dr. A., Maison de Santé, Monthey (Valais, Suisse).

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

a) Ordentliche Mitglieder:

Aichhorn, August, Wien, V., Schönbrunner Straße 110.
Andreas-Salomé, Lou, Göttingen, Herzberger Landstraße 101.
Angel, Dr. Anny, Wien, I., Herrengasse, Hochhaus.
Bergler, Dr. Edmund, Wien, I., Seilerstätte 7.
Bibring, Dr. Edward, Wien, VII., Siebensterngasse 31 *(Kassier).*
Bibring, Dr. Grete, Wien, VII., Siebensterngasse 31.
Bychovski, Dr. Gustav, Warschau, Miodowa 21 (Polen).
Deutsch, Doz. Dr. Felix, Wien, I., Wollzeile 33.
Deutsch, Dr. Helene, Wien, I., Wollzeile 33 *(Vorsteherin des Lehrinstituts).*
Federn, Dr. Paul, Wien, VI., Köstlergasse 7 *(Obmannstellvertreter).*
Freud, Anna, Wien, IX., Berggasse 19 *(Schriftführer).*

Freud, Prof. Dr. Sigm., Wien, IX., Berggasse 19 *(Obmann).*
Friedjung, Doz. Dr. Josef, Wien, I., Ebendorferstraße 6.
Gutmann, Dr. Salomea, Wien, IV., Frankenberggasse 13.
Hartmann, Dr. Heinz, Wien, I., Rathausstraße 15.
Hitschmann, Dr. Eduard, Wien, IX., Währinger Straße 24 *(Leiter des Ambulatoriums).*
Hoffer, Dr. Wilhelm, Wien, IX., Lustkandlgasse 12.
Hoffmann, Dr. Ernst Paul, Wien, XVIII., Währinger Gürtel 7.
Isakower, Dr. Otto, Wien, VIII., Piaristengasse 38.
Jekels, Dr. Ludwig, Wien, I., Lobkowitzplatz 1.
Jokl, Dr. Robert Hans, Wien, III., Sechskrügelgasse 2.
Kris, Dr. Ernst, Wien, IX., Schwarzspanierstraße 11.
Kulovesi, Dr. Yrjö, Tampere (Finnland).
Levi-Bianchini, Prof. M., Nocera Inferiore, Salerno Campania (Italien).
Mack-Brunswick, Dr. Ruth, Wien, XVIII., Hasenauerstraße 19.
Nepallek, Dr. Richard, Wien, VIII., Alserstraße 41.
Newton, Caroline, Berwin P. O. Daylesford, Pa., U. S. A.
Nunberg, Dr. H., Wien, IX., Porzellangasse 39 *(Schriftführer).*
Pötzl, Prof. Dr. Otto, Wien, I., Schönlaterngasse 5.
Rank, Beate, 9 rue Louis Boilly, Paris XVIe.
Sadger, Dr. I., Wien, IX., Liechtensteinstraße 15.
Schaxel, Hedwig, Wien, I., Neutorgasse 8.
Sperling, Dr. Otto, Wien, IV., Wiedner Gürtel 40.
Steiner, Dr. Maxim., Wien, I., Rotenturmstraße 19.
Sterba, Dr. Richard, Wien, VI., Mariahilfer Straße 71.
Sterba, Dr. Editha, Wien, VI., Mariahilfer Straße 71.
Storfer, A. J., Wien, IX., Porzellangasse 43.
Tamm, Dr. Alfhild, Stockholm, Stureparken 2.
Wälder, Dr. Robert, Wien, II., Obere Donaustraße 35 *(Bibliothekar).*
Wälder-Pollak, Dr. Jenny, Wien, II., Obere Donaustraße 35.
Weiss, Dr. Edoardo, Roma 126, Via dei Gracchi 328-A.
Weiß, Dr. Karl, Wien, IV., Schwindgasse 12.
Winterstein, Dr. Alfred, Wien, XIII., Wattmanngasse 38.
Wittels, Dr. Fritz, 93 Central Park West, N. Y. City (U. S. A.).

b) Außerordentliche Mitglieder:

Betlheim, Dr. Stefan, Zagreb, Marnličev trg 17/II. (Jugoslawien).
Burlingham, Dorothy, Wien, IX., Berggasse 19.
Buxbaum, Dr. Edith, Wien, VII., Kandlgasse 32.
Eidelberg, Dr. Ludwig, Wien, XIX., Chimanistraße 11.
Herz, Dr. Margit, Wien, VIII., Piaristengasse 2.
Homburger, Erik, Wien, VIII., Lange Gasse 32.
Kris, Dr. Marianne, Wien, IX., Schwarzspanierstraße 11.
Kronengold, Dr. Eduard, Wien, IV., Gußhausstraße 5.
Levy, Estelle (New York), Wien, VIII., Alserstraße 21.
Morgenthau, Dr. George, 1116 East 46 Street, Chicago (U. S. A.).
Pappenheim, Prof. Dr. Martin, Wien, I., Am Hof 13.
Roubiczek, Lili, Wien, I., Rudolfsplatz, Montessoriheim.
Stengel, Dr. Erwin, Wien, IX., Lazarettgasse 14 (Psychiatrische Klinik).
Sugár, Dr. Nikolaus, Subotica, Trumbićeva 20 (Jugoslawien).

Soeben erschienen:

RENÉ LAFORGUE

DER GEFESSELTE BAUDELAIRE

In Leinen M 6·—. Geheftet M 5·—.

Inhalt:

1. Baudelaire und die „Blumen des Bösen".
2. Die Mechanismen der Selbstbestrafung.
3. Der Oedipuskomplex.
4. Der Vater.
5. Der Masochismus bei Baudelaire.
6. Der Sado-Masochismus in der Poesie Baudelaires.
7. Die Briefe Baudelaires.
8. Die sexuelle Hemmung.
9. Ideenverbindungen bei Baudelaire.
10. Die Schranke.
11. Beitrag zur Psychologie der künstlerischen Schöpfung.
12. Baudelaires Neurose.
13. Die Neurose vom sozialen Standpunkt aus betrachtet.

THEODOR REIK

NACHDENKLICHE HEITERKEIT

Kartoniert M 5·50.

Inhalt:

Grenzland des Witzes
Psychologische Einsicht des Witzes. — Der witzige und der zwangsneurotische Hohn. — Das Kindliche und das Kindische in der Komik. — Der Witz im Versprechen.

Aus Scherz wird Ernst
Lachen, dessen man sich schämt. — Der Glaube an die „Allmacht der Gedanken" im Witz. — Psychologie wider Willen. — Überraschung und Auslassung. — Die Intimität im Judenwitz.

Zwischen Schrecken und Gelächter
Das Unbewußte in der Zote. — Die Zote in Goethes „Faust". — In memoriam Arthur Schnitzler. — Humor und Gnade.

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG IN WIEN

THE INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS

Directed by

SIGM. FREUD

Edited by

ERNEST JONES

This JOURNAL is issued quarterly. Besides Original Papers, Abstracts and Reviews, it contains the Bulletin of the International Psycho-Analytical Association, of which it is the Official Organ.

Editorial communications should be sent to Dr. Ernest Jones, 81 Harley Street, London, W. 1.

The Annual Subscription is 30s per volume of four parts.

The JOURNAL is obtainable by subscription only, the parts not being sold separately.

Business correspondence should be addressed to the publishers, Ballière, Tindall & Cox, 8 Henrietta Street, Covent Garden, London, W. C. 2., who can also supply back volumes.

Soeben erschien:

SIGM. FREUD

NEUE FOLGE DER VORLESUNGEN ZUR EINFÜHRUNG IN DIE PSYCHOANALYSE

In Leinen 7 Mark

INHALT:

Vorwort
XXIX. Revision der Traumlehre
XXX. Traum und Okkultismus
XXXI. Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit
XXXII. Angst und Triebleben
XXXIII. Die Weiblichkeit
XXXIV. Aufklärungen, Anwendungen, Orientierungen
XXXV. Über eine Weltanschauung

INTERNATIONALER PSYCHOANALYTISCHER VERLAG IN WIEN

Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, Band XIX, Heft 1/2

(Ausgegeben im April 1933)

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
S. Ferenczi:	Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind	5
Viktor v. Weizsäcker:	Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildungen	16
Edoardo Weiss:	Körperschmerz und Seelenschmerz	117
Felix Deutsch:	Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese	130
J. Hárnik:	Die postnatale erste Entwicklungsstufe der Libido	147
Gustav Bychowski:	Aktivität und Realität	152
Edward Glover:	Zur Ätiologie der Sucht	170

KASUISTISCHE BEITRÄGE

Melitta Schmideberg: Ein Prüfungstraum 198

VORLÄUFIGE MITTEILUNGEN

Therese Benedek:	Über die psychischen Prozesse bei Basedowpsychosen	203
Endre Almásy:	Daten zur manischen Assoziation und Affektübertragung	205
Paul Federn:	Die Psychosenanalyse	207
Gregory Zilboorg:	Angst ohne Affekt	210
Sandor Lorand:	Reaktivierte infantile Traumen in der Analyse	211
Sandor Lorand:	Ein Beitrag zur Psychologie des Erfinders	212
L. S. Kubie:	Die Beziehung des bedingten Reflexes zur psychoanalytischen Technik	213

REFERATE

Aus der psychiatrisch-neurologischen Literatur:

Boenheim: Kinderpsychotherapie in der Praxis *(Liebeck-Kirschner)* 215. — Heyer: Seelenräume *(Sterba)* 215. — Kauders: Zur Klinik und Analyse der psychomotorischen Störung *(Haenel)* 216. — Rosenfeld: Die Störungen des Bewußtseins *(Hartmann)* 218. — Unger: Ein Versuch sozialer klinischer Therapie *(Misch-Frankl)* 218.

Aus der psychoanalytischen Literatur:

Coriat: A Note on Symbolic Castration *(Fenichel)* 219. — Hitschmann: Die Psychoanalyse der Zwangsneurose *(Autoreferat)* 219. — Klein: Die Psychoanalyse des Kindes *(Alexander)* 219. — Klein: The Psycho-Analysis of Children *(Glover)* 227. — Oberndorf: Analysis of Disturbances in Speech *(Fenichel)* 235. — Schmideberg: The Role of Psychotic Mechanisms in Cultural Development *(Fenichel)* 236. — Searl: A Note on Depersonalization *(Fenichel)* 237. — Thompson: Toothache and Masturbation *(Fenichel)* 238.

KORRESPONDENZBLATT DER INTERNATIONALEN PSYCHOANALYTISCHEN VEREINIGUNG

I) Bericht über den XII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 239. — II) Mitteilungen der Internationalen Unterrichtskommission 275. — III) Berichte der Zweigvereinigungen 279. — IV) Bericht der Verlagskommission der I. P. V. 286. — V) Mitgliederverzeichnis 288.

Preis des Heftes Mark 7.50. Jahresabonnement Mark 28.–

Jährlich 4 Hefte im Gesamtumfang von etwa 600 Seiten

Einbanddecken zu dem abgeschlossenen XVIII. Band (1932), sowie zu allen früheren Jahrgängen: in Leinen Mark 2.50, in Halbleder Mark 5.–

Eigentümer und Verleger: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Ges. m. b. H., Wien, I., Börsegasse 11. — Herausgeber: Prof. Dr. Sigm. Freud, Wien. — Verantwortlich für die Redaktion: Dr. Paul Federn, Wien, VI., Köstlergasse 7. — Druck: Elbemühl Papierfabriken und graphische Industrie A. G., Wien, IX., Berggasse 31.